This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

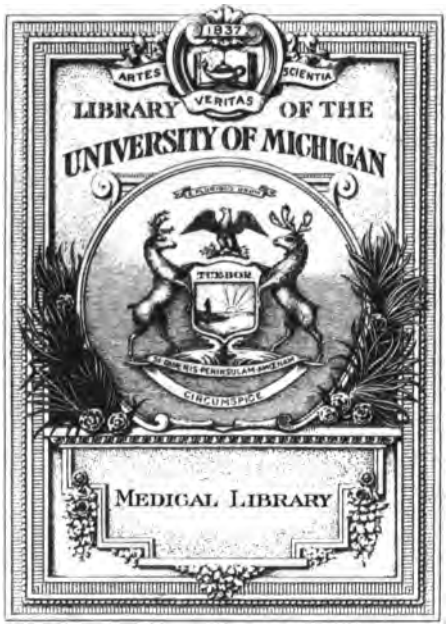
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

A 413916


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
MEDICAL LIBRARY

610.5
P899

Der prakt. Arzt.

Eine Monatsschrift.

Herausgegeben

von

Sanitätsrath Dr. Wilhelm Herr,
praktischer Arzt

in

Wetzlar.

Einundvierzigster Jahrgang.
1900.

Wetzlar,
Druck und Verlag der Schnitzler'schen Buchhandlung.
1900.

Medical
Müller
7-23-29
19767

Inhalts-Verzeichniss.

A

	Seite
Airol bei Ulcerationen der Cornea; Originalartikel von Dr. Wieck, Schleswig	121
Albuminurie, ihre prakt. Bedeutung, insbesondere ihre Beziehungen zur Lebensversicherung; Originalartikel von Dr. A. Kühner in Coburg.	1
Aluminium acetico-tartaricum, essigweinsaure Thonerde, als gutes Desinfectionsmittel.	144
Amylenhydrat bei Diabetes insipidus, Beiträge zum Gebrauche desselben; Originalartikel von Dr. Wilh. Niessen in Bad Neuenahr.	50
Anämische Zustände i. Kindesalter, Therapie derselben	262
Aphten, Behandlung derselben	119
Arzneibuch für das Deutsche Reich	244. 265
Aspirin, schmerzstillende Wirkung desselben	54
Ataxie, über die compensatorische Beh. der tabetischen	153
Ausstattung des ostasiatischen Expeditionskorps mit ärztl. Personal	264
Autointoxication	125

B

	Seite
Baden, Neugeborener	263
Basol u. die Vasaponpräparate; Originalartikel von Dr. E. Sommer, Thayngen (Schweiz)	241
Bauchchirurgie, Ausübbarkeit derselben im Privathause u. in der Thätigkeit des praktischen Arztes	206
Blinddarmentzündung, Indicationslehre zur Operation derselben	179
Blutungen post partum, Prophylaxe und Behandl. ders.	163
Borsäureschnuller, eine neue Behandlungsmethode des Soor	48
Bromipin u Jodipin, zwei neue Heilmittel; Originalartikel v. Dr. Frensdorf, k. bayr. Stabsarzt a. D. u. prakt. Arzt in Frankfurt a. M.	97
Bronchial-Asthma u. s. Beh.	248
Bubonenbehandlung	278

C

Celluloidbrillen, insbesondere über Schutzbrillen	240
Chirurgische Operationen, Indicationen derselben	13. 40
Chronische nervöse Diarrhöe und ihre Behandlung	127

Seite

Chronifche und acute Erkrankungen der Luftwege, Behandl. mittelst Guajacolcarbonat u. Creosotal 85
Chlorzinkätzungen b. inoperablen Tumoren 234
Cocaïn bei Bandwurmkuren 215
Coma, apoplectifches 72

D

Darmcarcinom, Frühdiagnose desselben 202
Darmtractus, ist es zweckmäßig, vor der Chloroformirung dens. zu evacuiren? 215
Das Schlucken in verfchiedenen Körperlagen und seine Bedeutung für die Krankenpflege 203
Dauersonde bei Behandl. der Harninfection, der Prostata-Urethralblutungen 257
Diabetes mellitus, Therapie dess. 88
Diagnose, irrthümliche bei Mund- und Zahnkrankheiten: Originalartikel von Dr. Ingenkamp in Cochem 25
Digitoxinum crystallisat. Merk im Vergleich zu der Wirkung der Digitalisblätter 198
Dionin, therapeutifche Wirkung desselben 34
Distorsion d. unteren Fußgelenks 133
Dormiol 100

E

Eclampsie, Behandl. derselb. 70
Eclampsie, die Lehre der puerperalen in ihrer gegenwärtigen Gestalt 136
Eisen, die Rolle desselben bei der Blutbildung 174
Enuresis, Behandlung derselb. 23
Epithelialkrebse, Radikalheilung mit Arsenik 89
Extractum Thymi; Originalartik. von Prof. Dr. Ernst Fifcher in Strassburg 49

F

Faradisation b. Opiumvergiftung 9
Fiorinöse Behandlung derselben, Lungenentzündung 87
Finger, Werthigkeit derselben in Bezug auf Defect u. Verbildung 131
Fleifchsaft 217

Seite

Formalinalkohol gegen die Nachtfchweiße der Phthisiker 167
Formalin, Wirkungen desselben bei epithelialen Erkrankungen 23
Formalindesinfection der Wohnungen 267
Fracturen, Fortfchritte in der Behandlung der, seit Einführung der Untersuchung mit Röntgenstrahlen 226

G

Gallensteinkrankheit, Operation derselben 138
Gefässmäler der Säuglinge 120
Gelatineinjectionen, Verwendung subcutaner zur Blutstillung 230
Gelenkerkrankung, gonorrhoifche 7
Gelenksverletzungen und Gelenkserkrankungen, frühzeitige methodifche Bewegung bei der Behandlung derselben 135
Gesichtsfchleier als Ursache der Nasenröthe 11
Gewerbekrankheiten des Ohres 113
Gewehrfchußwunden, die neuesten Kriegserfahrungen über dieselben 129
Gicht, Pathogenese derselben 222
Gießener Dammfchutzverfahren 47
Glutoidkapseln 53
Glycerin bei Fieber 216
Glycosolvol 219
Gonorrhoe des Mannes, Behandlung der acuten 61

H

Haematogenum siccum Schneider (Sicco-Schneider): Originalartikel von Dr. E. Sommer, Thayngen (Schweiz) 193
Händereinigung, Händedesinfection und Händefchutz 175
Hand in hygienifcher Beziehung 149
Hautwarzen, Behandlung ders. 216
Herzcollaps, Bekämpfung desselben bei acuten Infectionskrankheiten 72
Herzstützapparat bei Herzaffektionen, insbesondere bei kardialer Dyspnoe 96

I

Impferkrankungen des Auges 186
Impotentia virilis, Therapie derselben 204

Seite

Influenza, läßt sich dieselbe und deren schwere Complicationen coupiren? 55
Intratracheale Injectionen 286

J

Jodipin 77
Jodoformgeruch, Beseitigung desselben 120

K

Kalk-Verletzungen des Auges 280
Kautschuk-Heftpflaster, weißes 95
Kindbettfieber, Verhütung desselben 260
Klavierspielerkrankheit 168
Klimakterische Blutungen, Ursachen derselben 259
Kolapräparat zur Behandlung funktioneller Nervenerkrankungen 287
Kopfschmerzen b. Sehstörungen 279
Krebs, inoperabler, Behandlung desselben 232
Kreosotal-Leberthran; Originalartikel von Dr. Bachmann, Kreisphysikus in Ilfeld 243
Kreosotal, Dispensation dess. 219

L

Leuchtgasvergiftung, Tod durch Apoplexie; Unfall 143
Luftliegekur bei der Behandlung der chronischen Lungentuberkulose 250
Lungentuberkulose, die ersten Symptome derselben 9
Luxatio claviculae acromialis und Brüche des Nasenbeins, blutige Behandlung derselben 274
Lymphdrüsenschwellungen bei Scharlach 288

M

Magenkrankheiten, Anwendung schmerzstillender Mittel bei denselben 272
Malaria, Epidemiologie und Prophylaxis derselben vom neuesten ätiologischen Standpunkte aus 145
Medicamente und Nährmittel bei der Behandlung der Tuberkulose 273
Mittheilungen aus der Praxis;

Seite

Originalartikel v. Dr. Berendsen in Ratzeburg i. Schl. 196
Morphinismus, neueres zur Behandlung des chronischen 193

N

Nachgeburtszeit, Beh. derselb. 19
Nährmittel-Industrie an der Jahreswende 169
Nasenbluten, Stillung derselben 264

O

Organtherapie, wissenschaftliche Begründung derselben 79
Orthoform, über die Art der Anwendung desselben 144
Oxykampfer 122
Oxyuris vermicularis bei Kindern 24

P

Perforation, soll dieselbe stets mit der Extraction des Kindes verbunden werden? 67
Pest 73. 102
Pes valgus, Behandlung dessel b. 156
Physikalisch-diätetische Heilmethoden, Bedeutung derselben für Klinik und Therapie 110
Placenta praevia, Behandlung derselben 91

Q

Quecksilbertherapie, neue Methode derselben 28

R

Rauchprodukte des Tabaks 200
Retrodeviationen der Gebärmutter im Wochenbett, Heilung und Verhütung derselben 162
Retroflexio uteri, Prophylaxe Bedeutung und Behandlung derselben 44

S

Säugling, künstliche Ernährung desselben 237
Säuglingsernährung, Nahrungspausen bei derselben 188
Säuglingssterblichkeit, über eine bisher nicht genügend beachtete Ursache derselben 92
Scheidenirrigation, Gefahren derselben 187

Seite

Scheintod Neugeborener, Behandlung desselben 213
Schlafvorstellungen bei Gesunden und Nervenkranken 269
Schleich'sches Verfahren bei gynäkologischen Operationen 20
Schwefligsaure Salze, Beurtheilung des Zusatzes zum Fleische vom sanitätspolizeilichenStandpunkte 220
Schutzeinrichtungen, natürliche, des Organismus und deren Beeinflussung zum Zwecke der Abwehr v. Infectionserregern 17
Scrophulöse Wunden 216
Skoliosenbehandlung, Fortschritte in derselben] 185
Speiseneinnahme Kranker 124
Stauungsascites bei der Lebercirrhose, chirurgische Behandlung 208
Sterbefälle im Jahre 1897 im Deutschen Reiche, Ursachen derselben 216
Stirnlagen und deren Behandl. 236
Stirnlagen, ein Beitrag zur Klärung der Frage nach der Entstehung derselben 282
Stypticin bei Gebärmutterblutungen 45
Stypticin, ein neues Hämostaticum 262

T

Terpentinölwirkung, Beitrag zur Kenntniß derselben 247
Tintenbäder u. Tintenumschläge 94
Trichocephalus dispar, Symptomatologie und Therapie der durch denselben verursachten Gesundheitstörungen 254
Tuberkulose, Behandlung ders. im 19. Jahrhundert 224
Tuberkulose,Frühdiagnose ders. 107
Typhus abdominalis 177

Seite

U

Ulcus ventriculi, Ernährungsfrage bei demselben 39
Unfall eines Arbeiters auf dem Heimweg als Unfall „beim Betrieb" 191
Unfall und Diabetes, Beziehungen zwischen denselben 35
Unguentum domesticum 47
Untere Lungengrenze und Spitzenstoß beim gesunden Menschen 47

V

Verbrennungen 2. Grades, Therapie derselben 186
Vergiftungen in Betrieben und das Unfallversicherungsgesetz 142
Verletzungen des Sehorgans mit Kalk und ähnlichenSubstanzen 160
Verstopfung im Säuglingsalter 118

W

Wäschedesinfection, Versuche über dieselbe 288
Warzen und Mastitiden im Wochenbett, zur Behandlung derselben 285
Wasserstoffsuperoxyd, die Behandlung inficirter Wunden mit demselben 255
Wiederanheilung eines größeren, ohne Hautbrücke abgetrennten Fingerstückes 65
Wirbelsäule, Beitrag zur Lehre von der ankylosirenden Entzündung derselben 277

Z

Zahncaries bei Kindern und deren Bekämpfung 190

Der praktische Arzt.

Nro. 1. XXXXI. Jahrgang 25. Januar 1900.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Die physiologische Albuminurie, ihre praktische Bedeutung, insbesondere ihre Beziehungen zur Lebensversicherung; Originalartikel von Dr. A. Kühner in Coburg. — Ueber gonorrhoische Gelenkerkrankungen. Ueber die ersten Symptome der Lungentuberkulose. Der Gesichtsschleier als Ursache der Nasenröthe. — Ueber Indicationen zu chirurgischen Operationen. Natürliche Schutzeinrichtungen des Organismus und deren Beeinflussung zum Zwecke der Abwehr von Infectionserregern. — Zur Behandlung der Nachgeburtszeit. Die Anwendung des Schleich'schen Verfahrens bei gynäkologischen Operationen. — Eine neue Methode der Quecksilbertherapie. Zur Behandlung der Enuresis. Wirkung des Formalins bei epithelialen Erkrankungen. Ueber Oxyuris vermicularis.

Die physiologische Albuminurie, ihre praktische Bedeutung, insbesondere ihre Beziehungen zur Lebensversicherung.*)

Von Dr. A. Kühner.

Allgemeines.

Die Gegenwart von Eiweiß im Urin Gesunder ist seit langer Zeit bekannt. Verschiedene Theorieen über Ursachen und Bedeutung dieser Art der Albuminurie sind aufgestellt worden. Ueber die wesentlichen Fragen dieses Vorkommens bestehen noch Meinungsverschiedenheiten. Es handelt sich zunächst um die nachfolgende Lebensgeschichte eines Individuums, bei welchem eine solche Albuminurie konstatirt worden. ihre Rückwirkung auf die Lebensdauer, weiter um Frage: Ist Aussicht auf vollständiges Verschwinden der Erscheinung gegeben? Oder stellt sie nur das Vorläufer-

*) Nach eigenen Beobachtungen unter Anschluß an die seit Jahren gesammelte In- und Ausländische Literatur. Eine Zusammenstellung alles hierher Gehörigen findet der Leser in dem von Charles E. de M. Sayous unter Mitwirkung einer großen Anzahl von hervorragenden Fachmännern herausgegebenen Annual and Analytical Cyclopaedia of Practical Medicine, (Philadelphia New-York Chicago The F. A. Davis Company Publishers 1898 Volum. I. Art. Albuminurie, bearbeitet von Levison-Copenhagen). Einen werthvollen Beitrag erbringt ferner eine soeben erschienene Decembernummer (2032) vom British Medic. Journal: On „Albuminuria in the apparently Healthy. By Herbert P. Hawkins M. D. F. R. C. P. Physician to St. Thomas's Hospital."

stadium dar für eine spätere regelrechte Nierenkrankheit? Oder ist ein solches Individuum als widerstandsunfähig zu betrachten, geneigt, einer anderen Störung zu unterliegen, welche die natürliche Lebensdauer und Lebensziffer herabsetzt? Diese naheliegenden Fragen harren noch der Aufklärung durch exakte Beobachtungen.

Begriffsbestimmung.

In Bezug auf die „Albuminurie bei scheinbar Gesunden" sind zwei Voraussetzungen gegeben. Zunächst sind, um diese Form zu begrenzen, alle Fälle auszuschließen, in welchen die Möglichkeit des Vorhandenseins von organischen Veränderungen in den Nieren gegeben ist. In dieser Beziehung muß das frühe Stadium von Nierenkrankheiten ausgeschlossen werden, bei welchen oft eine leichte und unbeständige Albuminurie vorkommt. Sodann müssen die Formen ausgeschieden werden, bei denen Anomalieen des Blutes z. B. Anämieen und puerperale Zustände in Mitwirkung treten, ebenso Congestionen der Niere in Folge von Herzkrankheiten irgend welcher Art, ebenso toxische Albuminurie in Folge specifischer oder bakterieller Erkrankungen. Wir haben uns hier vielmehr mit der Form der Albuminurie zu beschäftigen, die bei vollkommen gesunden Personen vorkommt, die keine Anzeichen ergeben von Störungen, deren Antheil Albuminurie gewöhnlich bildet. Zweitens ist es nothwendig, vorauszuschicken, daß das Wort Albuminurie vom klinischen Standpunkt nicht im Sinne des Laboratoriums gebraucht wird. Einige empfindliche Reagentien ergeben eine Reaction auf Eiweiß beinahe bei allen Urinproben, so daß vom Standpunkt des Laboratoriums eine nachweisliche Albuminurie die Regel, das Fehlen von Eiweiß die Ausnahme ist. Selbst die als wenig empfindlich betrachtete Pikrinsäureprobe*) soll noch in 30% der Urinproben auf Eiweiß Reaktion zeigen. Für praktische, klinische Zwecke genügen die beiden gewöhnlich verwendeten Methoden: nämlich die Kochprobe, welche einen Eiweißgehalt bis auf 0,0003% anzeigt und das Hinzufügen von Salpetersäure, welche bis auf 0,003% empfindlich sich erweist.

Klassifikation.

Man kann in Bezug auf die Albuminurie bei scheinbar Gesunden etwa vier bis fünf Formen unterscheiden. Aber

*) Eine nach (s. o.) Unger-Vetlesen im „Annual" gegebene graphische Darstellung der verschiedenen Reaktionen in Bezug auf ihre Empfindlichkeit für Eiweißgehalt ergiebt folgende Zusammenstellung in absteigender Richtung: Hellers Probe, Ferrocyankalium und Essigsäure, Trichloressigsäure, Salpetersäure — Magnesiumprobe (Roberts), Metaphosphorsäure, Reagenspapier, Pikrinsäurelösung, Pikrinsäurekrystalle, Koch- und Salpetersäureprobe, Lösung von schwefelsaurem Natron und Essigsäure.

es ist unwahrſcheinlich, daß eine solche Klassifikation eine wahre und feststehende, weil Ursache und Wirkung bei allen diesen Zuständen ſchwer zu eruiren.

Muskelalbuminurie.

Albuminurie in Folge übermäßiger Muskelanstrengung bildet ein häufiges Vorkommniß. Diese Muskelalbuminurie findet sich bei den kräftigsten und gesündesten Individuen. Eine der frühesten Beobachtungen war die von Leube, welcher Eiweiß fand bei 19 unter 119 Soldaten nach langem Marſch. Er fand keine Nierencylinder. Zahlreiche andere ähnliche Beobachtungen veröffentlichten namentlich Grainger und Stewart, besonders bei Schulknaben. Dr. Jenner, Vorsteher des kliniſchen Laboratoriums am St. Thomashospital untersuchte den Urin einiger Mitglieder eines Fußballklubs unmittelbar nach Beendigung der Uebungen und fand Eiweiß bei Jedem, auch zahlreiche hyaline Cylinder mit Ausnahme eines Individuums. Alle diese Personen waren ſcheinbar in guter Gesundheit. In einem anderen Fall fand er Eiweiß und zahlreiche hyaline Cylinder in dem Urin eines Studenten nach einer langen Radfahrt. In diese Kategorie gehören auch die Fälle, in denen der Urin bisweilen eiweißhaltig befunden wird nach ſchweren oder öfters sich wiederholenden epileptiſchen Anfällen. Die Thatsache ist auch erwähnenswerth, daß in einem Fall, in welchem nach einer leichteren Körperbewegung jedesmal Albuminurie konstatirt wurde, eine nachfolgende Massage diese Erſcheinung aufhob. Die hauptsächliche Ursache der Entstehung dieser Form der Albuminurie in Folge übermäßiger Muskelanstrengung ſcheint eine Steigerung des Blutdrucks mit nachfolgender Durchlässigkeit der Gefäße.

Neurotiſche Albuminurie.

Ueber die neurotiſche oder nervöse Albuminurie sind unsere Kenntnisse weniger zuverlässig. Nach vorliegenden Beobachtungen kommt eine leichte Albuminurie vorübergehend vor nach geistigen Ueberanstrengungen, heftigen Gemüthsbewegungen. Es ist möglich, daß die vorübergehende Albuminurie beim Exophthalmus in diese Kategorie gehört. Eine weitere, aber seltenere Form der Albuminurie kommt vor nach einem kalten Bad.

Diätetiſche Albuminurie.

Eine vierte Klasse umfaßt Fälle, in welchen eine leichte vorübergehende Albuminurie veranlaßt wird durch Aufnahme großer Quantitäten von Proteinsubstanzen z. B. Käse und Eier oder Nahrung irgendwelcher eiweißhaltiger Art. Diese Form kommt unzweifelhaft vor, aber wenn diese Ursache ein proteinreiches Frühstück betrifft, so kommt der Einfluß

der Lage und das Aufstehen vom Bett als mitwirkend in Frage. Die Verbindung von Albuminurie mit chroniſcher Dyspepsie, oft auch Oxalurie, kommt kaum als Albuminurie bei ſcheinbar Gesunden in Betracht.

Cykliſche Albuminurie.

Die meisten Fälle von Albuminurie bei ſcheinbar Gesunden betreffen die Form, welche Hawkins als Postural-Albuminurie, Positionsalbuminurie bezeichnet, in so ferne die Lage von entſchiedenem Einfluß auf diese Form, welche man auch als cykliſche benennen kann, hingesehen auf die Thatsache, daß das tägliche Erſcheinen von Eiweiß einen bestimmten Rythmus, eine Periodicität zeigt. Diese Kategorie umfaßt die größere Anzahl von Albuminurie des jugendlichen Alters und ist die gewöhnlichste Form. Hawkins beobachtete sechs solche Fälle innerhalb wechselnder Zeiträume bis zu sieben Jahren, auf welche Erfahrungen sich die nachfolgenden Mittheilungen stützen.

Diese Form kommt sehr gewöhnlich bei jungen Leuten vor, wird aber bis zu 50 Jahren beobachtet, wenngleich in diesem Alter die Befürchtung vorliegt, daß der Eiweißgehalt als Vorläufer renaler Erkrankung zu betrachten ist. Der Zeitpunkt der Entstehung und die absolute Häufigkeit des Vorkommens dieser Form ist ſchwer zu bestimmen, weil der Befund meist nur zufällig entdeckt wird, entweder als das Ergebniß einer Untersuchung zum Zweck der Aufnahme in eine Lebensversicherung oder bei der Prüfung des Urins zum Zweck der Diagnose irgend einer Krankheit. Aus demselben Grunde ist unsere Kenntniß über das Vorkommen in Bezug auf das Geſchlecht nur unvollkommen. Scheinbar werden Jünglinge mehr betroffen, aber das weibliche Geſchlecht wird seltener Gegenstand einer Untersuchung zum Zweck der Aufnahme in eine Lebensversicherung und eine Probe Urin dieserseits ist ſchwerer zu erlangen. Die Tageszeit des Erſcheinens von Eiweiß im Urin dagegen ist konstant. Dieser Befund ist nicht zu konstatiren sogleich nach dem Aufstehen vom Bett, dagegen nach der Einnahme des Frühstücks. Auch im Laufe des Tags zeigt sich Eiweiß nicht wieder, nur in manchen Fällen nach der Mittagsmahlzeit. Nahezu ständig ist der Befund negativ nach geſchehener Arbeitsleistung. Der Eiweißgehalt in diesen Fällen ist stets gering. In Bezug auf alle anderen Eigenſchaften: Quantität, Farbe, specifiſches Gewicht und Gehalt an Harnstoff ist der Urin normal; nur in seltenen Fällen werden hyaline Cylinder insbesondere nach dem Centrifugiren gefunden. Der Allgemeinzustand ist vollkommen gut; keine Anzeichen einer Affektion am Herzen oder an den Arterien, keine Zunahme in der Spannung der

Gefäße, insbesondere nicht an der Radialis. Was die Erblichkeit betrifft, so scheint manchmal Gicht in Mitwirkung zu treten. Wichtig scheint die Thatsache, daß dieser Zustand in der Regel bei mehreren Familienmitgliedern vorgefunden wird. In einem Fall zeigten drei unter fünf Kindern einer Familie ständig Albuminurie drei Stunden nach dem Frühstück trotz sorgfältiger Pflege ohne Erscheinungen einer Nieren- oder anderer Erkrankung.

Vor der Besprechung der Prognose solcher Fälle seien uns einige Bemerkungen in Bezug auf die Entstehungsart dieser Art der Albuminurie gestattet. Eine solche Nachforschung muß zunächst anknüpfen an den Zeitpunkt des ständigen Erscheinens von Eiweiß im Urin, an die Morgenalbuminurie. In dieser Beziehung kommen als Ursachen in Betracht entweder der Wechsel der Bettlage in die aufrechte Stellung oder das Aufhören des Schlafes, das Erwachen, oder die Aufnahme des Frühstücks, vielleicht auch ein morgendliches kaltes Bad. Unter diesen Faktoren kommen am häufigsten in Betracht der Wechsel der Lage unter Ausschluß der übrigen. Hawkins beobachtete während zweier Jahren einen Fall, in welchem diese Ursache deutlich hervortrat, indem der Betreffende selbst seinen Urin auf Eiweiß untersuchte. Herr Hawkins veranlaßte ihn, während achtzehn Tagen die Bettlage einzunehmen. An acht Tagen erwies der Urin kein Eiweiß und an zehn Tagen nur Spuren. Frühstück und kaltes Bad zeigten keinen Einfluß, ebenso wenig Mittagsmahl. Trotz nach dieser Liegekur hielt die Albuminurie fünf Jahre lang bei ungestörtem Allgemeinbefinden an.

Was nun die anatomisch-physiologische Grundlage der Albuminurie betrifft, so sind bei dem Mechanismus der Albuminurie zwei Faktoren in Betracht zu ziehen: Der Druck in den Kapillaren der Glomeruli und der Zustand ihrer Epithelauskleidung. Einer dieser beiden Vorgänge muß die primäre Störung bei dieser Form der Albuminurie bilden. Nun ist es evident, daß die Aktivität und Integrität des Epitheliums abhängig ist von dem Verhalten des Blutdrucks in den Kapillaren und daß, sobald dieser Blutdruck verändert, entweder gesteigert oder herabgesetzt wird selbst für eine ganz kurze Zeit, das Epithelium die ihm zukommende Funktion nicht wirksam auszuüben vermag und Eiweiß im Urin erscheint. Mit anderen Worten der hauptsächliche Sitz der Störung liegt im vasomotorischen Mechanismus, welcher die Blutströmung in den Glomerulis regelt, nicht in der Struktur der Niere selbst. Nur so ist die Periodicität der Albuminurie erklärlich und ihre jahrelange Dauer ohne Beeinträchtigung der Gesundheit.

Unter diesen Umständen werden die bestehenden Meinungsverschiedenheiten in Betreff der Bedeutung der Albuminurie erklärlich und nur diejenigen, die den Menschen im praktischen Leben innerhalb der Breite der Gesundheit beobachten, können solche Fälle richtig beurtheilen. Für die Hospitalpraxis kommen solche Fälle nicht in Betracht.

Was nun die Beziehungen der physiologischen Albuminurie zur Lebensversicherung betrifft, so finden Interessenten in dem bereits angezogenen Artikel von Levison-Copenhagen im Annual an der Hand eines großen eigenen und fremden Beobachtungsmaterials eine originale Besprechung, welcher wir das Nachfolgende in gedrängtester Kürze entnehmen:

Statistiken der Lebensversicherungen ergeben, daß die physiologische Albuminurie in Amerika in 2%, in England in 2% der Fälle angetroffen wird. Dennoch besteht gegenwärtig eine Neigung, die Bedeutung der Albuminurie für die Lebensversicherung zu unterschätzen. Während die Möglichkeit einer vorübergehenden, bedeutungslosen Albuminurie nach unserer vorstehenden Betrachtung zugegeben werden muß, muß die Gegenwart von Eiweiß bei Personen über vierzig Jahren Verdacht erregen. Daß sich der Arzt bei der Entnahme einer Urinprobe vergewissern muß, daß dieselbe von dem zu Versichernden stammt, bedarf kaum der Erwähnung. Purdy erwähnt einen Fall, in welchem nur eine Spur von Eiweiß gefunden wurde, weitere Nachforschungen ergaben den Verdacht eines vorliegenden Nierenleidens, so daß der Arzt Ablehnung befürwortete, welcher die Gesellschaft entsprach. Eine andere Versicherung übernahm das Risiko für 10,000 Dollars; nach Entrichtung der zweiten Jahresprämie erfolgte der Tod.

Während Manche selbst bei jugendlichen Individuen die Aufnahme nur bei erhöhter Prämie empfehlen, befürworten Andere eine solche selbst bei Erwachsenen, sobald bei der zweiten oder dritten Untersuchung Eiweiß nicht gefunden wird. Noch Andere fordern zwei oder drei Prüfungen im Zwischenraum von je einer Woche, bei negativem Befund eine Carenszeit von einem Vierteljahr, zeigt sich dann noch Eiweiß, so erfolgt Ablehnung. Daß bei solchen Prüfungen die Tageszeit berücksichtigt werden muß, ergibt sich genugsam aus unserer Betrachtung.

Bei diesen Begutachtungen hat der Arzt in neuster Zeit das meist vorübergehende und bedeutungslose Vorkommen von Eiweiß im Urin bei Radfahrern in Rücksicht zu ziehen. Bei dem ungemein häufigen Vorkommen der Albuminurie bei Radfahrern, eine Häufigkeit, die auch von Müller (Münch. med. Wochenschr. 1896 No. 48) durch Untersuch-

ungen in zwölf Fällen bestätigt worden ist, wird es sich empfehlen, eine Prüfung des Urins stets vor Beginn und nach längerem Aussetzen solcher Uebungen vorzunehmen.

II. Medicin.

In der Hufeland'schen Gesellschaft zu Berlin sprach („Dtsch. Med. Ztg.") Rubinstein **über gonorrhoische Gelenkerkrankung**. Er erinnert zunächst an den Wandel in der Beurtheilung der Gonorrhoe in Bezug auf die Prognose. Anfänglich für eine verhältnißmäßig harmlose Krankheit gehalten, war man später gezwungen, diese Anschauung zu modifiziren. Es ist darauf hingewiesen worden (von Leyden), daß der Gonococcus eine schwere Endocarditis hervorrufen kann. Auch Litten hat Fälle dieser Art angeführt. Es gibt einen Tripperrheumatismus, bei dem es zu Petechien kommt. Er kann auch Ursache von Krankheiten werden, die dem Gelenkrheumatismus, wie erwiesen, nahe stehen. Selbst Myelitis kommt im Gefolge einer Gonorrhoe vor; es treten vollständige Paraplegien durch eine Invasion der Gonokokken in das Rückenmark, mit einer Veränderung der großen Vorderhornzellen ein. Auch eine Myocarditis, wie sie bei Diphtherie vorkommt, ist für den Tripper nachgewiesen; ebenso eine circumscripte Peritonitis. Inwieweit eine diffuse Erkrankung des Bauchfelles vorkommt, ist noch nicht sicher; aber es steht fest, daß die Gonorrhoe sehr schwere Pelveoperitonitiden verursachen kann, die den Bauchschnitt rechtfertigen, wenn sie, wie nicht selten, zu stürmischen Symptomen Veranlassung geben. Auch im Anschluß an eine Vulvovaginitis kann es zu Peritonitis bei kleinen Mädchen kommen, wie Baginski nachgewiesen hat. Der interessanteste Fall ist wohl der, wenn bei unverletzten Eihäuten, beim Neugeborenen gonorrhoische Gelenkentzündungen vorkommen, bei denen der Gonococcus nachgewiesen wurde. Die anfänglich angenommene Harmlosigkeit der Gonorrhoe ist demnach mit Recht einer anderen Auffassung gewichen. Auch die gonorrhoische Gelenkentzündung wurde anfänglich bestritten. Man fand meistens in der Gelenkflüssigkeit keine Gonokokken. In der letzten Zeit hat sich aber herausgestellt, daß die Gonorrhoe gerade sehr gefährliche Gelenkentzündungen verursachen kann. Von Autoren sind zu erwähnen König, Schüler, Benecke, Rindfleisch, der letztere hat in 30 punktirten Gelenken 18 mal den Gonococcus gefunden. Benecke hat ein Beobachtungsmaterial von 56 Fällen gonorrhoischer Gelenkerkrankung mit Befallensein von 78 verschiedenen Gelenken

in einer Broſchüre (Hirſchwald) zusammengefaßt. Von litterariſchem Interesse ist, daß bereits im Jahre 1884 ein Zusammenhang zwiſchen Gonorrhoe und Gelenkentzündung statuirt worden ist. König unterſchied vier verſchiedene Formen von gonorrhoiſcher Gelenkentzündung: 1. Hydrops des Gelenks; 2. sero-fibrinöse Entzündung; 3. eitrige Entzündung; 4. phlegmonöse Entzündung. Die gefährlichste Form ist die phlegmonöse Gelenkentzündung. Gelegentlich kommt es auch bei sero-fibrinösen und eitrigen Gelenkentzündungen zu erheblichen Störungen, aber am meisten ungünstig verläuft die phlegmonöse Entzündung; während die Prognose der anderen Formen im allgemeinen eine günstigere ist. Die hauptsächlichsten Störungen kommen bei der phlegmonösen Form vor. Schon im Jahre 1890 hat R. über 15 Fälle in den „Therapeutiſchen Monatsheften“ berichtet und darauf hingewiesen, daß das Jodkali bei der gonorrhoiſchen Gelenkentzündung ein werthvolles Heilmittel sei. Nach dieser Zeit hat er eine erhebliche Anzahl von gonorrhoiſchen Gelenkentzündungen beobachtet, genauere Notizen besitzt er über zehn Fälle: drei Hüftgelenkentzündungen, drei betreffen das Handgelenk, zwei das Ellenbogengelenk, dann 2 Fälle von gonorrhoiſcher Erkrankung von Sehnenſcheiden. Besonders häufig erkrankt der Schleimbeutel unter der Achillessehne — Achillodynie; dieselbe ist äußerst hartnäckig. Fälle, die das Handgelenk betreffen, kamen bei zwei Frauen vor. Der erste betrifft eine 24jährige Krankenwärterin. Sie wurde vor zwei Jahren inficirt und bekam vor mehreren Monaten eine Schwellung des rechten Handgelenks. Auch das Ellenbogengelenk war erkrankt: es bestand hier Knirſchen. Am 7. April bildete sich ein kleinapfelgroßer Absceß über dem Handgelenk. Der Knochen war bereits in ziemlicher Ausdehnung angegriffen. Am 20. April kam ein neuer Absceß über dem Radius hinzu. Es wurde wieder incidirt, der Absceß ausgekratzt, wobei man auf rauhen Knochen stieß. Es kam zu massenhaften Granulationen, die fibrinöse Beläge und kleine nekrotiſche Herde zeigten, wie das bei Diphtherie und Croup der Fall ist. Nach und nach gingen die Erſcheinungen zurück, die Wunden ſchlossen sich; die Flexion des Handgelenks ist wieder eine gute. Der zweite Fall betrifft eine 21jährige Arbeiterin. In dem Röntgenbilde sah man das Gelenkende nicht ſcharf, sondern verwaſchen, was auf eine Betheiligung der Synovialis ſchließen ließ. Sie war gonorrhoiſch inficirt. Die gonorrhoiſche Gelenkerkrankung ist eine sehr ausgeprägte und durch die diffuse Form eine so charakteriſtiſche, daß man sich getrauen kann, aus der bloßen Form ohne mikroskopiſche Untersuchung die Diagnose zu stellen. Am 11. Juli wurde unter lokaler Anästhesie das Gelenk geöffnet, mit $^1/_2$ ‰ Sublimatlösung ausgespült und

die Hand zwiſchen zwei Schienen gelagert. Die Gelenkerkrankung bestand seit vier Wochen, dabei waren die Muskeln des Unterarmes stark atrophiſch. Am 24. Oktober war der Proceß abgelaufen. Die Beweglichkeit war nicht beeinträchtigt. Eine 33jährige Pat. mit Kniegelenksentzündung; das Kniegelenk wurde punktirt. Es erfolgte Heilung mit Wiederherstellung der Funktion. Eine 29jährige Aufwärterin mit steifem linken Handgelenk. Die Gelenkkapsel war erheblich geſchrumpft; Massage mit 10 proz. Jodvaselin. R. berichtet dann kurz über die anderen Fälle. Die Giftigkeit der Gonokokken, besonders der Stoffe, die aus ihren todten Leibern extrahirt werden, ist eine große. Nach Wassermann gehen die Gonokokken raſch zu Grunde. Das in den todten Leibern vorhandene Gift erzeugt Entzündungen. Unter die Haut gespritzt, bewirkt es flüchtige Gelenk- und Muskelſchmerzen. Auch Wassermann räth unter gewissen Umständen zur Operation. Es ist sicher, daß ſchnelle Heilungen durch operative Eingriffe erzielt werden. Bei gonorrhoiſchem Hydrops kommt man mit Ruhigstellung des Gelenks und Einpinselungen von Jod aus; nur bei reichlichem Hydrops kann man punktiren. Auch bei der sero-fibrinösen Form kann man ſchonend vorgehen. Beneke ist gegen eine aktive Therapie bei der phlegmonösen Form. Hierbei sei der Arzt verurtheilt, ohnmächtig zuzusehen, wie die Gelenke sich versteifen; dabei habe er nur zu sorgen, daß das in richtiger Stellung geſchehe. Gegen die Schmerzen, die auch bei Ruhestellung eintreten, ist die Eisblase anzuwenden. Für das Hüftgelenk und nach R. auch beim Ellbogengelenk Extension; dabei eine ausgiebige Einpinselung mit Jodtinktur, bis zu der Schwarzfärbung der Haut. Beneke behauptet, daß die Schwellungen der Weichtheile um das Gelenk Fluktuation vortäuſche; Eiterungen kämen selten vor. Wenn der Prozeß zum Stillstand gekommen ist: Massage, passive Bewegungen, eventuell das Brisement forcé. Von Bädern empfiehlt er Gastein, Teplitz, Wiesbaden, Landeck. Andere Mittel, die empfohlen worden sind: Bier'ſche Stauungen, Salzbäder, Spiritusverbände (mit 96 proc. Spiritus) und lokale Heißluft. Bei geeigneten Fällen, wie die obengenannten, solle man vor den operativen Eingriffen nicht zurückſchrecken.

(Aerztl. Rundſchau.)

Ueber die ersten Symptome der Lungentuberkulose. Von Dr. Lenzmann. Therap. Monatsheft, 1899, Nr. 6. Nachdem die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt haben, daß die Lungentuberkulose zu den heilbaren Affektionen zu rechnen ist, und daß ferner die Aussicht auf Heilung um so größer ist, je frühzeitiger das Leiden er-

kannt wird, muß vor Allem eine möglichst frühe Diagnose angestrebt werden. L. erörtert daher einige diesbezügliche Momente. Er weist zunächst darauf hin, daß nicht alle Fälle mit Husten beginnen müssen. Es kommen Fälle vor, wo die physikalischen Untersuchungsmethoden bereits mit Sicherheit Verdichtungsherde in einer Spitze erkennen lassen, ohne daß der Patient durch das Symptom „Husten" eine Lungenerkrankung verräth. Was die objektiv festzustellenden physikalischen Erscheinungen betrifft, so ist ein verlängertes, meist unbestimmtes, später bronchiales Exspirium, dem sich bald ein rauhes oder saccadirtes Inspirium hinzugestellt, oft das erste auskultatorische Phänomen. Hierbei ist nur zu beachten, daß sich bei manchen mageren Menschen, besonders in der rechten Fossa supraspinata und supraclavicularis, auch bei gesunden Athmungsorganen unbestimmtes und bronchiales Athmen finden kann, was sich daraus erklärt, daß das in der starren Trachea und dem abführenden großen Bronchus erzeugte bronichiale Geräusch durch seine Nähe das normale vesiculäre Athmungsphänomen übertönt. In solchen Fällen muß man daher, will man zu einer sicheren Diagnose kommen, den Allgemeinzustand des Patienten besonders im Auge haben, wobei namentlich Pulsbeschleunigung, leichte Fieberscheinungen, gastrische Störungen, Abnahme des Körpergewichts, zunehmende Blässe beobachtet werden müssen. Namentlich ist es aber auch geboten, die objektive Untersuchung in kurzen Zwischenräumen öfters zu wiederholen, um aus dieser sicheren Aufschluß zu gewinnen. Und einen solchen giebt uns in jedem Fall das Auftreten von Rasselgeräuschen. Lassen sich bei einem Patienten, der ein verlängertes, unbestimmtes oder gar bronchiales Exspirium hat, auch noch bei tiefer Inspiration oder bei willkürlichem Husten Rasselgeräusche nachweisen, sind diese bei wiederholter Untersuchung und auf dieselbe Stelle beschränkt vorhanden, so kann an der Diagnose kein Zweifel mehr obwalten. Was die Perkussion betrifft, so ist eine Abschwächung des Schalles im ersten Anfangsstadium noch nicht zu erwarten, sondern erst, wenn durch den Zusammenfluß mehrerer Infiltrationsherde eine entsprechende Partie lufthaltigen Gewebes ausgeschaltet ist. Bezüglich des Bacillenbefundes weist L. darauf hin, daß es sowohl Fälle giebt, wo die physikalischen Symptome der Herausbeförderung der Bacillen nach außen vorauseilen, als auch andererseits solche, wo ein bacillärer Auswurf schon besteht, während die physikalischen Zeichen noch sehr zweideutig sind.

Die Hämoptoë, die meist erst bei Zerfall des Infiltrates und bei beginnender Höhlenbildung zu erwarten ist, kann in seltenen Fällen ein reines Initialsymptom darstellen.

Die Pleuritis sicca und namentlich exsudativa hat sicher-

lich oft eine Spitzentuberkulose als primäre Erkrankung zur Voraussetzung, andererseits giebt es aber auch nach L's. Erfahrung eine Pleuritis als ganz selbstständige Erkrankungsform, deren Aetiologie noch nicht genauer präcisirt werden kann. Bei fast jedem pleuritischen Exsudat, welches eine bestimmte Größe erreicht hat, findet man in der Lungenspitze der afficirten Seite rauhes Inspirium, vereinzelte Knacks und verlängertes Exspirium. Diese Abnormitäten verschwinden oft nach Resorption oder operativer Entleerung des Exsudates und machen einer vollkommenen Genesung Platz. Sie sind wohl dadurch entstanden, daß die mangelhafte Athmung der durch das Exsudat behinderten Lunge in der Spitze eine geringfügige Schleimansammlung und eine Verklebung der Bronchiolen zu Stande kommen ließ.

Verhältnißmäßig häufig beobachtet man bei Tuberkulösen im Anfangsstadium eine katarrhalische Veränderung des Kehlkopfs. Die Schleimhaut ist in diesen Fällen im Ganzen blaß, nur in der Interarytänoidalgegend ist sie geröthet und nicht selten mit zähem Schleim bedeckt, was fortwährend Veranlassung zum Husten und Würgen giebt. Dazu kommt oft noch eine auffallende Blässe der Schleimhaut des Gaumens, die den harten Gaumen als eine gelbweise Unterlage erscheinen läßt. Weitere Affectionen, die den Verdacht einer tuberkulösen Erkrankung berechtigt erscheinen lassen, sind allgemeiner fieberhafter Bronchialkatarrh, ein sogenannter fieberhafter Magenkatarrh und anämische Zustände, auch wenn sie in disponirtem Alter auftreten.

Der Gesichtsschleier als Ursache der Nasenröthe. Von O. Rosenbach in Berlin. (Vortrag, gehalten in der Hufeland'schen Gesellschaft.) Rosenbach berichtet über ein auffallendes, fleckiges, allen dermatologischen Methoden angeblich unzugängliches Erythem der Nase und der Wangen, welches er in der kalten Jahreszeit mehrfach hintereinander bei Frauen beobachtet hat und auf den Schleier als ursächliches Moment zurückführt. Dafür sprach, daß gerade dort die stärkste Röthung bestand, wo der Schleier am dichtesten anzuliegen pflegt, ferner, daß die Röthung meist in kurzer Zeit verschwand, sobald der Schleier entfernt wurde. Der Schleier wirkt nach R. im Winter vor Allem dadurch schädlich, daß der die Nase verlassende Wasserdampf, der ja im Sommer leicht verdunstet, während der kalten Jahreszeit das Gewebe des Schleiers bald so vollkommen durchtränkt, daß eine Art von constanter, feuchtkalter Atmosphäre, ja ein feuchtes Kataplasma sich bildet, das wie ein schlecht applicirter Priessnitz'scher Umschlag wirkt. Der blutüberfüllten Haut wird beständig Wärme

entzogen, da die Feuchtigkeit nicht verdunsten kann, und dabei wird das unter so abnormen Verhältnissen functionirende Gewebe noch durch Druck oder bei den häufigen Bewegungen des Kopfes besonders stark mechanisch belästigt. Es bilden sich zwei sehr verschieden bluthaltige Bezirke aus: aus dem einen, der Nasenspitze und den Flügeln, wird das Blut mechanisch durch Druck auf die Haut verdrängt, während es den anderen, d. h. den seitlichen Partien im verstärkten Maaße zuströmt. Durch den Eintritt in einen warmen Raum wird diese ungünstige Blutvertheilung noch wesentlich verstärkt, wenn nicht der Schleier sofort abgenommen wird. Stabilisiren sich diese Veränderungen, so bilden sich scharf umschriebene, heller oder dunkler geröthete Flecken aus, in denen zahlreiche kleinste erweiterte Blutgefäße verlaufen, und die Haut wird in der Continuität stärker pigmentirt. Begünstigt wird die Entstehung der geschilderten Vorgänge: 1. durch die straffe Spannung des Schleiers und dadurch, daß er mehrere Stunden hintereinander getragen wird; 2. durch das Gewebe des Schleiers, dessen Fäden die blutüberfüllte und feuchte Haut um so stärker scheuern, je mehr die Haut gleichsam in die Löcher des Schleiers hineingedrückt wird; 3. durch einen zarten Teint, der mit großer Empfindlichkeit der Hautnerven verbunden ist und 4. durch katarrhalische Zustände in der Nase selbst. — Viel seltener ist eine ähnliche starke Röthung auf den Wangen, wo ja ebenfalls der Schleier gewöhnlich fest anliegt. Besonders charakteristisch ist hier die untere Grenzlinie des veränderten Hautbezirks, denn sie verräth sehr deutlich die mechanische Ursache der Röthung. Die Therapie ist, wenn die Gefäßerweiterung noch nicht dauernd geworden ist, eine sehr einfache. Es darf eben durchaus kein Schleier getragen werden, und die Betreffenden dürfen sich fürs erste sehr scharfen Winden und großer Kälte nicht aussetzen. Ferner dürfen sie nach dem Ausgange nicht sofort in ein warmes Zimmer treten und müssen beim Aufenthalt in freier, scharfer oder kühler Luft die Nase mit einfachem Talk- und Amylum-) Puder leicht bestreuen, nachdem dieselbe vorher mit Lanolin, Vaselin oder Gold-Cream überstrichen worden ist. Auch ist oberflächliche Massage — sanftes Streichen zwischen zwei Fingerspitzen von der Nasenspitze nach der Nasenwurzel zu nützlich.

(Berl. klin. Wochenschr. No. 41.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber Indicationen zu chirurgischen Operationen. Von Reg.-Rath Dr. R. Gersuni.*) Die Frage, wie stellen wir die Indication für eine chirurgische Operation, umgrenzt ein etwas weites Thema, und zwar ein solches, welches eine wissenschaftliche Untersuchung vom medizinischen Standpunkt kaum zuläßt. Dennoch nimmt dasselbe eine so wichtige Stelle in der ärztlichen Praxis ein, daß einige Erörterungen darüber von Interesse sein dürften. Der praktische Arzt muß täglich Indicationen und Contraindicationen erwägen, und wenn es sich um die Frage einer Operation handelt, ist sein Votum stets von großer Wichtigkeit und ladet ihm immer eine große Verantwortlichkeit auf, ganz einerlei, ob er selber sich zur Ausführung der Operation berufen fühlt, oder dieselbe einem Anderen überläßt. Ja der Arzt, welcher die Indication stellt, ohne die Operation selbst auszuführen, trägt gewiß eine größere Verantwortung, denn er muß den Kranken einem anderen Arzte übergeben und er wird dadurch für dessen Handlungsweise, für dessen Erfolg oder Mißerfolg mitverantwortlich, wobei der Chirurg, welcher operirt, ohne die Indication gestellt zu haben, die Verantwortlichkeit in geringerem Maße trägt. Der Chirurg macht seine Operation so gut er kann; dadurch, daß der Kranke sich ihm anvertraut hat, schwindet der Grad der Verantwortlichkeit einigermaßen.

Heutzutage ist es freilich selten mehr so, daß der eine Arzt die Indication stellt und der andere die Operation ausführt. Gewöhnlich stellt der Internist die Indication bereits gemeinsam mit dem Chirurgen und dieser führt dann die Operation aus. An den Chirurgen wird oft die Frage gestellt, ob er für den Erfolg einer Operation einstehen könne. Diese Frage kann man nur so beantworten: „Ich werde die Operation so gut machen als ich kann, darüber hinaus kann kein Mensch etwas versprechen."

Das Operiren ist schließlich nicht so schwer, denn ein Jeder kann es erlernen, der gesunde Sinne und gute Hände hat; der Eine lernt es etwas rascher, der Andere etwas langsamer. Das Operiren genügt jedoch nicht zum Chirurgen. Unter der Aufsicht des Meisters führt der junge Chirurg die Operationen aus, sobald er den Auftrag dazu erhält; darum sind sehr viele, wenn sie von der Schule wegkommen, nicht mehr Chirurgen, weil jetzt der Meister fehlt, dessen Aufträge sie auszuführen hatten. Die Stellung der Indication ist somit für den Chirurgen ebenso wichtig als die Beherrschung der chirurgischen Technik.

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftl. Versammlung des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums vom 23. Okt. 1899.

„Die Diagnose macht den Arzt" — so hört man oft sagen und man versteht darunter, die Diagnose solle der Prüfstein für die Tüchtigkeit des Arztes sein. Dies ist jedoch nur mit einer gewissen Einschränkung richtig, denn nicht die Diagnose allein macht den Arzt; sie ist die wichtigste Grundlage für die Therapie und diese ist es, welche man von uns verlangt.

Die Therapie ist eigentlich der Anfang aller ärztlichen Thätigkeit gewesen; man übte schon Therapie zu einem Zeitpunkte, wo man bloß unbestimmte, nebulose Vorstellungen von dem Wesen der Krankheiten besaß. Freilich wird auch heute noch die Therapie von gewisser Seite von einem Standpunkte aus geübt, welcher seine Unwissenheit als Natur bezeichnet.

Danach ergeben sich zwei Gruppen therapeutischen Vorgehens. Die eine, welche sich nur auf wissenschaftliches Können stützt, die andere, welche bloß auf die sogenannte Naturheilkunde schwört. Zu diesen beiden Gruppen von Patienten gesellt sich noch eine dritte von Eklektikern, welche die Wissenschaft nicht vollständig verachten. Diese sagen auch nicht: die Diagnose macht den Arzt, sondern der Arzt macht die Diagnose und der Natur ist die Behandlung überlassen.

Je erfahrener wir sind, desto mehr geht uns bei der Diagnosenstellung von der jugendlichen Sicherheit verloren. Wir lassen mehr Diagnosen in suspenso und machen in Folge dessen weniger Fehldiagnosen. Um für einen Fall die Indication für eine Operation zu stellen, müssen wir uns immer die momentane Sachlage vor Augen halten; wir müssen uns fragen, welche Prognose der Fall im gegebenen Momente hat. Handelt es sich um eine chirurgische Operation, so haben wir zunächst zu überlegen: welche Prognose hat der Fall ohne Operation und welche mit einer Operation. — Für die exspectative Behandlung stehen uns zahlreiche und alte Erfahrungen zur Verfügung, während die operative Therapie während kurzer Zeit so viele Aenderungen erfahren hat und noch erfährt, daß darin schon die Hauptschwierigkeit gelegen ist. Dazu kommt noch die variable Größe der Prognose der Operation für sich betrachtet, ihre Gefährlichkeit ohne Einfluß auf das vorliegende Leiden. Als Beispiel hiefür diene die Geschichte der Ovariotomie. Zu meiner Studienzeit wurde eine Ovariotomie noch als ein kühnes, weil fast immer tödtlich endendes Verfahren angesehen. Als einzig ungefährlicher Eingriff galt damals die Punction; diese hatte zwar auf die Krankheit gar keinen Einfluß und konnte nur das trübe Ende hinausschieben. Da kamen plötzlich unter dem Schutze der ersten antiseptischen Maßnahmen die englischen Chirurgen mit ihren glänzenden

Erfolgen und damit wurden die Grenzen der Indicationsstellung plötzlich viel weiter gezogen. Die Mortalität war aber noch eine so große, daß man die Fälle nicht einfach ohne Wahl operirte, sondern selbst ein Spencer Wells den Rath ertheilte, so lange zu warten, bis bei den Kranken beträchtliche Beschwerden eintraten. Späterhin, als man gelernt hatte, die septische Infection zu verhüten, wurde diese Operation zu einem fast ungefährlichen Unternehmen und man entschloß sich umso leichter dazu, als man gesehen hatte, dass es sogenannte suspecte Tumoren der Ovarien gibt, d. h. solche, welche im Beginn der Entwicklung durch eine Operation radical zu heilen sind, wenn man jedoch zuwartet, zu unheilbaren, weil generalisirten, werden. So ist es dazu gekommen, daß man jetzt auf dem Standpunkte steht, einen jeden Ovarialtumor zu operiren und die Erfolge waren in der That so gute, daß man sich sogar dazu hinreißen ließ, alle Fälle zu operiren. Man hatte die Vorstellung, als werde durch die Entfernung der Ovarien stets etwas genützt, schlimmsten Falles werde kein Schaden angerichtet.

Dazu zählen auch die Fälle, wo man die Castration wegen Hysterie und anderen analogen Ursachen vornahm. Hier wurde gewiß die Prognose der Allgemeinkrankheit und jene des speciellen Falles nicht genügend gewürdigt.

Ein weiteres Beispiel für die Aenderung der Indicationsstellung bildet das Carcinom. Während bei den Ovarialtumoren durch die Verhütung der septischen Infection der Fortschritt der Therapie eingeleitet wurde, so ist es bei den Carcinomen die genauere Erkenntniß des Verlaufes der Krankheit und daher die bessere Ausbildung der Methoden. Vor 30 Jahren operirte man das Mammacarcinom sozusagen nach dem Gefühl. War ein deutlicher Knoten fühlbar, so wurde er herausgeschnitten, Drüsen in der Achselhöhle nur dann, wenn sie zu großen Knoten angewachsen waren. Amputationen der Mamma wurden nur selten vorgenommen, ja man dachte, die Operation sei nur dann angezeigt, wenn die Drüsen bereits geschwollen sind. In Folge dessen waren natürlich Recidiven ungemein häufig und die Knoten in den Narben waren Krebsimpfungen. Damals war man auch der Meinung, die Lebensdauer von Frauen, welche operirt waren, sei eine kürzere, als jene von solchen, die nicht operirt waren. Das mußte einen Einfluß auf die Indicationsstellung haben. Durch statistische Erhebungen stellte es sich heraus, daß die Zahl der Heilungen oder jener, die in den ersten vier Jahren nicht von Recidiven gefolgt waren, etwa 12% betrug. Die Lebensdauer der Frauen wurde durch die Operation nicht abgekürzt, wenn Recidiven kamen, sondern die Frauen mit Recidiven nach der Operation waren doch

von längerer Lebensdauer. Man ging dann dem Mammacarcinom anatomisch mehr zu Leibe und man untersuchte die Verbreitungswege und die Erkenntniß derselben hat zur Ausbildung von Operationsmethoden geführt und zu überraschenden Erfolgen. Vor zwei Jahren wurde eine kleine Statistik veröffentlicht, worin schon beinahe die Hälfte der Operirten recidivfrei geblieben war. Daher werden die Frauen jetzt im Allgemeinen viel früher zur Operation gebracht.

Daß wir uns nicht selten ohne Diagnose behelfen müssen, erfahren wir ja leider Alle. Häufiger als jetzt gab früher das Fehlen der Diagnose eine Indication zum Operiren; es sind das die Explorativ- oder Probeincisionen. Es ist dies in den Statistiken eine ständige Rubrik, welche jetzt bei der größeren Sicherheit der Diagnose freilich seltener geworden ist. — Wenn uns die Diagnose fehlt, so treten an ihre Stelle zuweilen einzelne Symptome, welche durch ihre Bedeutung uns zwingen, rasch und energisch zu handeln. Es sind dies Fälle, bei denen es ein Fehler wäre, wenn man durch Beobachtung des Verlaufes warten wollte, bis die Diagnose klar geworden ist. Dahin gehört die große Gruppe der Krankheiten, bei denen ein Darmverschluß besteht. Wir entschließen uns da bloß auf das Symptom hin zur Operation, nachdem wir bloß die einfache Koprostase ausgeschlossen haben. Wir haben hier die prognostische Bedeutung eines einzelnen Krankheitssymptoms statt der Diagnose und erst im Verlauf der Laparotomie machen wir die Diagnose über die Ursache des Darmverschlusses. Das sind jetzt die eigentlichen explorativen Laparotomien. Erst aus der Eröffnung des Abdomens geht die specielle Indication hervor, nach der wir zu handeln haben. Wir würden, wenn wir es nicht so betrachten würden, einen Fehler begehen. Wenn wir eine exacte Diagnose und eine specielle Indication stellen, würden wir in Gefahr sein, bei der Operation etwas Wichtiges zu übersehen. Es hat eine Zeit gegeben, wo von erfahrenen Chirurgen die allgemeine Indication bei Darmocclussion zu einer speciellen, schematischen gemacht wurde und dies die Indication zur Operation war. Bei undurchgängigem Darm handelt es sich zunächst darum, die Spannung des gefüllten Darmes zu beseitigen und eine geblähte Schlinge oberhalb des Hindernisses zu eröffnen. Man gewann dadurch Zeit für die Diagnose und dem Kranken gönnte man Zeit zur Erholung und konnte später eine Operation vornehmen. Manche Fälle wurden so durch die Enterostomie geheilt — eine Heilung ohne Diagnose.

Jetzt machen wir diese palliativen Operationen — nämlich die Enterostomie — in einer beschränkten Zahl von Fällen, und zwar in solchen, wo eine radicale Heilung aus-

geſchlossen ist, also bei inoperablen Darmcarcinomen und dann in anderen Fällen, in welchen das Symptom der Undurchgängigkeit des Darmes den Kräftezustand des Kranken so reducirt hat, daß ein ſchwerer Eingriff nicht vertragen wird. Wir haben also die Indicationsstellung nach einer Gefahr, welche durch ein Symptom bedingt ist, und welche die Operation bedingt durch die Abwägung des Verhältnisses zwiſchen den Kräften des Kranken und den Anforderungen, welche an seine Kräfte gestellt werden.

In der Indicationsstellung bei Darmocclusion hat sich in der Meinung der Aerzte Manches gebessert. In früheren Zeiten bekamen die Chirurgen nur solche Fälle in die Hand, bei denen jede Aussicht auf Heilung geſchwunden war. Die Erfolge waren natürlich die traurigsten, und endlich erklärten die Chirurgen: solche Fälle rühren wir überhaupt nicht mehr an. Erfahrene Aerzte beginnen jetzt solche Fälle auch nur mit dem Chirurgen gemeinsam zu behandeln.

(Schluß folgt.)

Natürliche Schutzeinrichtungen des Organismus und deren Beeinflussung zum Zwecke der Abwehr von Infectionserregern. Von Prof. Buchner (München). Schon 1894 stand es fest, daß das Blut als das hauptsächliche antibacterielle Schutzmittel im Körper angesehen werden muß. Die bei der Abwehr von Infectionserregern wirksamen Stoffe des Blutes, die sogenannten bacterienfeindlichen Stoffe oder Alexine, sind nach den neueren Ergebnissen der Forſchung offenbar als eine Art von Verdauungsenzymen aufzufassen. Dieselben sind im Stande, Bacterien ebenso gut aufzulösen, wie fremde rothe Blutkörperchen; und die weißen Blutkörperchen oder Leukocyten, von denen jene Alexine abstammen, sind ebenfalls befähigt, verdauende, auflösende Wirkungen auszuüben, eine Eigenſchaft, die in der Einſchmelzung von Geweben bei Eiterungsvorgängen, in der Resorption des Catgut in aseptiſchen Wunden u. s. w. zu Tage tritt. Die Grundlage für das praktiſche Eingreifen liegt nun in einer richtigen Beurtheilung der Functionen des Blutes. Das Blut vereinigt beim Warmblüter eine ganze Reihe von Wirkungen in sich. Außer der Zufuhr assimilirbarer Nahrungsstoffe in die Gewebe, an die man gewöhnlich allein zu denken pflegt, wirkt das Blut durch seinen Gehalt an Verdauungsenzymen, welche im Sinne der Resorption thätig sind, und zwar am stärksten gegen fremdartige, zellige Gebilde und dann gegen nicht haltbare Gewebsneubildungen, wie z. B. den sogenannten Callus bei Knochenfracturen.

Diese resorptiven, auflösenden, das Krankhafte und die Krankheitserreger einſchmelzenden und beseitigenden Wirk-

ungen des Blutes sind bisher weit unterschätzt worden. Prof. Bier hat bewiesen, daß durch Blutanstauung die Knochen- und Gelenkstuberculose, der acute und chronische Gelenksrheumatismus häufig in überraschender Weise geheilt werden können. Auch die Steigerung der arteriellen Blutzufuhr durch Anwendung heißer Luft erzielt Heilwirkungen; namentlich ist dies aber der Fall bei derjenigen Vermehrung der Blutzufuhr, welche durch Alkoholverbände in bestimmten Körpertheilen hervorgerufen werden kann.

Es sind dies Verbände nach Art der feuchtwarmen, aber anstatt des Wassers mit starkem, meist 96proc. Alkohol hergestellt. Die chirurgische Erfahrung lehrt, daß unter solchen Verbänden die heftigsten Zellgewebs- und Lymphgefäßentzündungen, Furunkel, Abscesse u. s. w. unmittelbar zum Stillstand und zur Heilung gebracht werden, und der Grund dieser auffallend günstigen Wirkungen liegt nur in der verstärkten Blutzufuhr, in der rascheren und stärkeren Durchblutung der Organe, nicht in irgend welcher anderen, z. B. desinficirenden Wirkung des Alkohols.

B. hat die örtlichen Veränderungen, welche der Alkohol hervorruft, in jeder Richtung studirt und die Erweiterung der Blutgefäße als eine Hauptwirkung nachgewiesen. Beim Menschen steigt infolge dessen in einem mit Alkoholverband versehenen Gliede der Blutdruck, und die Folge davon ist eine Vermehrung der in der Zeiteinheit durchströmenden Blutmenge. Hierauf beruhen die Heilwirkungen der Alkoholverbände, welche in vielen Erkrankungsformen als ganz vorzügliche bezeichnet werden müssen.

Eine scheinbar unwichtige, in Wirklichkeit doch recht schädliche, weil so ungemein häufige Erkrankung, welche durch Alkoholanwendung geheilt und verhütet werden kann, ist auch die sogenannte Zahncaries. Schlechte, schmerzhafte, abbröckelnde Zähne haben sehr viele Menschen; aber die wenigsten wissen, daß sie durch consequente, täglich zweimalige Anwendung von Alkohol zum Zahnputzen ihre Zähne allmählich wieder gesund machen und gesund erhalten können, und zwar weit sicherer, als durch alle Zahntincturen, Pulver, Pasten u. s. w. Auch diese Wirkung beruht nur auf der verstärkten Zufuhr von Blut zu den Zähnen, wodurch diese besser ernährt und besser in den Stand gesetzt werden, den Angriffen der Bacterien Widerstand zu leisten.

Noch wichtiger ist die Thatsache, daß durch Alkoholverbände viele, bereits verzweifelt scheinende Fälle von Knochen- und Gelenkstuberculose noch geheilt werden können, wie sich das bei Versuchen auf der Münchener chirurgischen Klinik, die auf Veranlassung B.'s ausgeführt wurden, herausstellte. Die Zahl der Fälle ist zwar wegen der Kürze der Zeit noch gering, aber die Resultate sind

sehr günstige, zum Theile glänzende. Bei einem 15jährigen Mädchen mit tiefen tuberculösen Fisteln am rechten Handgelenk z. B., das wegen bisheriger Aussichtslosigkeit der Behandlung bereits zur Operation bestimmt war, erfolgte unter Alkoholverband innerhalb 4 Wochen complete Heilung. Es ist zweifellos zu hoffen, daß sich noch weitere Krankheitsformen finden, welche durch Alkoholverbände geheilt werden können, und im Allgemeinen ist zu erwarten, daß die Medicin von den jetzt klarliegenden resorptiven und heilenden Wirkungen des Blutes eine immer zweckmäßigere und wirksamere Anwendung machen wird. Der Satz, daß das Blut das große antibacterielle Heil- und Schutzmittel im Körper darstellt, muß aus der Theorie mehr und mehr in die Praxis übergeführt werden. (Aus d. Verhandlg. d. Vers. d. Naturforscher u. Aerzte zu München 1899.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Zur Behandlung der Nachgeburtszeit. Von Prof. Prof. M. Hofmeier (Würzburg). (Münchn. med. Wochenschr. 1899, No. 48.) Eine 32jährige Frau hatte zuerst geboren; der Verlauf der Geburt war etwas zögernd, aber sonst normal. Ein Arzt war bei den letzten Stadien der Geburt anwesend. Nach der Geburt des Kindes wurde durch energischen Druck versucht, die Placenta heraus zu befördern. Da dieselbe aber nicht folgte, auch keine Blutung eintrat, wurde gewartet; der Arzt verließ inzwischen die Entbundene. Nach vier Stunden kehrte er zurück und obgleich inzwischen keine Blutung erfolgt war, ging er sofort ohne jede weiteren Expressionsversuche daran, die Placenta manuell zu entfernen. Nach angeblicher Desinfection der Hand, aber ohne jede weder äußere noch innere Reinigung oder Desinfection der frisch Entbundenen, wurde die angeblich fest verwachsene Placenta in mehreren Stücken herausgeholt. Eine nachträgliche Reinigung oder Desinfection der frisch Entbundenen wurde nicht vorgenommen. Es folgte eine puerperale Erkrankung, welcher die Patientin erlag. Section ergab: Jauchige Endometritis mit Zurückbleiben von kleineren Placentarstücken. Nach einiger Zeit erfolgte von Seiten des Ehemanns die Anklage gegen den Arzt wegen fahrlässiger Tödtung und die Einforderung von ärztlichen Gutachten seitens der Staatsanwaltschaft, u. a. auch v. H. Er entnimmt daraus die Gelegenheit, einige dahingehörige Fragen zu besprechen und zwar zunächst: Wann ist der Arzt berechtigt, die Placenta manuell zu lösen, und wann ist er dazu event. verpflichtet, ohne sich eines Kunst-

fehlers schuldig zu machen? Gewöhnlich erledigt sich diese Frage sehr einfach dahin, daß der Arzt berechtigt und verpflichtet ist, die manuelle Lösung vorzunehmen, wenn durch andauernde Blutung die Entbundene in augenscheinliche Lebensgefahr geräth und die Entfernung der Placenta auf keine andere Weise gelingt. Wenn aber keine Blutung besteht, während die Placenta sich nicht löst (was übrigens sehr sehr selten ist), wie soll der Arzt sich dann verhalten? Die Ansichten der Lehrbücher gehen darüber auseinander. Die von mehreren Autoren ausgesprochene Befürchtung, daß bei einem Zuwarten über 2 — 3 Stunden hinaus Zersetzungserscheinungen an der Placenta auftreten können, ist nach H.'s Erfahrungen unbegründet. Da aber nach allgemeiner Erfahrung die spontane Ablösung und Abstoßung, wenn sie nicht nach 3—4 Stunden erfolgt, überhaupt nicht erfolgt, so kann man diese Zeit als maßgebend für die manuelle Loslösung festsetzen, vorausgesetzt, daß energische Versuche zur Entfernung der Placenta durch Expression mit oder ohne Narcose vorausgegangen sind. — Die Frage, wie lange der Arzt mit der manuellen Lösung warten darf, wenn Blutung stattfindet, beantwortet H. dahin, daß man eingreifen muß, wenn die verlorene Blutmenge 1 — $1^1/_2$ Liter beträgt. Um den Blutverlust sicher zu messen, wird gleich nach der Geburt eine saubere Schüssel der Wöchnerin unter die Geschlechtstheile geschoben, um das Blut aufzufangen. — Endlich wirft H. noch die Frage auf: Ist der Arzt verpflichtet, ohne sich eines Kunstfehlers schuldig zu machen, vor einem intrauterinen Eingriff, wie der manuellen Placentarlösung, außer der Desinfection der einzuführenden Hand auch eine solche der äußeren Geschlechtstheile und der Scheide vorzunehmen? Im Gegensatz zu der Leipziger Schule, welche insbesondere die Desinfection der Scheide als unnütz und womöglich schädlich verwirft, ist er auf Grund seiner Erfahrungen ein überzeugter Anhänger der präliminären Scheidendesinfection. Er ist der Ansicht, daß vor jeder geburtshilflichen Operation, besonders aber vor jeder, bei der die Hand in den Uterus eingeführt werden muß, die äußeren Geschlechtstheile und die Scheide gründlich zu desinficiren sind und daß eine Unterlassung dieser Maßnahme als Kunstfehler zu betrachten ist.

Die Anwendung des Schleich'schen Verfahrens bei gynäkologischen Operationen. Von Dr. J. Korda in Szegedin. (Nach einem im Szegediner Aerzteverein gehaltenen Vortrage.) Die Verminderung der Schmerzen auf ein Minimum oder deren vollkommene Sistirung während der Operation, ohne daß dadurch der Kranke einer Gefahr ausgesetzt wäre, ist die wichtigste Bedingung,

die zur leichten und exakten Durchführung der Operation nothwendig ist.

Mit Freude muß es daher jeder Chirurg begrüßen, daß uns in dem Verfahren Schleich's eine Methode zur Verfügung steht, durch die dem praktiſchen Arzte es ermöglicht wird, selbst dort, wo nicht genug und sachgemäße Assistenz vorhanden ist, einen chirurgiſchen Eingriff zu machen.

Das Schleich'ſche Verfahren wurde in Szegedin zuerst an der königl. ung. Frauenklinik des Prof. Mann versucht. Verwendet wurde das Schleich'ſche Verfahren bei Laparotomien, wo früher ohne Ausnahme mit Chloroform narkotisirt wurde, ferner in Fällen von Operationen am Damme und in der Vagina. Hier injicirte man früher in die hinteren Drittel der Lab. maj. beiderseits eine 10% Cocainlösung, wodurch man zwar im Großen und Ganzen Anästhesie erhielt, doch die Symptome der Cocainintoxikation blieben fast in keinem Falle aus.

Die Versuche mit dem Schleich'ſchen Verfahren wurden im Oktober 1898 begonnen und wenn auch seine Beobachtungen sich nur auf 29 Fälle beziehen, so hält K es doch für zeitgemäß ſchon jetzt darüber zu berichten. Operirt wurde: Prolapsus uteri compl. (14 Fälle), Descensus uteri, Prolaps. vag. (6), Ruptura perinei (1), Fistula vaginoperinealis (1), Ruptura perinei completa (Perineoplastik) (2), Laparotomia (4).

Was nun das Schleich'ſche Verfahren selbst anbelangt, so besteht dessen Wesen, wie bekannt, darin, daß die gesammten Gewebe des Operationsfeldes durch Injektion von Lösungen entsprechender Dosen von Cocain und Morphium in 0,2% Kochsalzlösung infiltrirt werden.

Schleich empfiehlt in den meisten Fällen seine Lösung Nr. II (in 100 g Kochsalzlösung 0,10 Cocain und 0,02 Morphium); die Lösung Nr. I (in 100 g Kochsalzlösung 0,20 Cocain und 0,02 Morphium) nur dann, wenn infolge Entzündung die Gewebe sehr empfindlich sind und endlich die Lösung Nr. III (in 100 g Kochsalzlösung 0,01 Cocain und 0.005 Morphium) dort, wo ein größeres Gebiet infiltrirt werden muß.

Was die Reinheit der Lösung anbelangt, so wird dieselbe an M.'s Klinik bei 70—80° C der refraktionären Sterilisation unterworfen, und kann K. nicht der Ansicht Schleich's und anderer beistimmen, daß die hohe Temperatur die anästhetiſche Wirkung der Lösung beeinträchtigt.

Die Infiltration geſchieht mit Spritzen von $2^1/_2$, 5 und 10 cm^3 Inhalt. Unter normalen Verhältnissen kann man gewöhnliche Pravaz'ſche Spritzen verwenden, doch dort, wo man einen größeren Druck ausüben muß (bei narbigem Gewebe oder bei Injektionen unter das Periost) verwendet er

die von Ruge angegebenen Spritzen, bei denen die Nadel durch gewisse Nebeneinrichtungen fixirt werden kann und zur Erreichung einer gleichförmigen Infiltration die Flüssigkeit mittelst einer Schraube entleert wird.

Das von Schleich angegebene ursprüngliche Verfahren hinsichtlich des Einstiches der Nadel wurde von Mikulicz, ausgehend von der Erfahrung, daß durch viele Einstichstellen leichter Infektion entstehen kann, derart modifizirt, daß er von der ersten Einstichstelle aus durch stufenweises Vorschieben großer Nadeln infiltrirt.

Das technische Verfahren bei vagino-perinealen Operationen — stets die Lösung II — war folgendes: Der Einstich geschah in entsprechender Höhe des Lab. min. an der Grenze zwischen Haut und Schleimhaut und wurden so unter stetem Vorschieben der Nadel gegen den Damm die gesammten Theile infiltrirt. Die zweite Injektionsstelle war in der schon infiltrirten Commissur und wurde die Infiltration mit nach oben vorgeschobener Nadel bis zur congruirenden Höhe des rechtseitigen Lab. min. bewerkstelligt; zum Schluß je ein Einstich zu beiden Seiten der Vagina an den beiden Rändern der Columnae rug. wobei die Nadel nach oben gegen die Vagina geschoben wurde.

Die Menge der verwendeten Flüssigkeit betrug 10—36 cm^3; es war die Anaesthesie stets eine vollkommene, und konnten unangenehme Symptome, wie sie von Einigen beobachtet wurden, nicht bemerkt werden.

Die Stelle des ersten Einstiches wurde nicht anästhesirt, wie dies andere mittelst Aethylchlorür, Cocain etc. thun. Die Heilung geschah in jedem Falle per primam.

Was die Laparotomien anbelangt, so stellte Schleich jene Fälle als Grenzen auf, wo am Tumor peritoneale Verwachsungen sind. Diesbezüglich blieb Prof. Mann reservirt, auf geeignete einfache Fälle wartend; nichtsdestoweniger war er in einem Falle, wo vor der Operation die Herzfunktion schlecht, die Kranke stark herabgekommen war, die Symptome auf eine Stieldrehung und starke peritoneale Verwachsungen hinwiesen, die Schleich'sche Methode anzuwenden gezwungen und war der Erfolg ein eclatanter. Die sonst sehr empfindliche Kranke empfand beim Durchschneiden der Bauchwand und des Peritoneum absolut keine Schmerzen und nur beim Ablösen der peritonealen Verwachsungen gab sie kaum nennenswerthen Schmerz an.

Selbst bei einer 1 Stunde lang dauernden Laparotomie konnte mit diesem neuen Verfahren operirt werden, ohne daß die Kranke nur mit einer einzigen Bewegung Schmerzgefühl verrathen hätte.

Bei Laparotomien ist es selbst bei stärkeren und weit ausgebreiteten Verwachsungen anzuwenden; für den Arzt

ist es ein bequemes Verfahren und macht jede größere Assistenz unnöthig.

Es empfiehlt sich daher mit dieser genialen Methode auf breitester Basis weitere Versuche anzustellen, wo dann die ev. Contraindikationen prägnanter angegeben werden können. (Ungar. medic. Presse, No. 30—31, 1899.)

(Der Frauenarzt.)

Verschiedenes.

Eine neue Methode der Quecksilbertherapie beschreibt Blaschko (Berliner klin. Woch., 1899, Nr. 46). Dieselbe besteht in der Anwendung des sogenannten Mercolint-Schurzes. Dieser Stoff ist mit Hg so gleichmäßig imprägnirt, daß man einen einfach grauen Baumwollstoff vor sich zu haben glaubt. Ein solcher Schurz enthält 10 gr Hg und gibt nach den angestellten Versuchen bei 35° C. täglich etwa 0,2 gr Hg durch Verdunstung ab, in praxi mehr, denn schon nach etwa 4 Wochen ist der Schurz völlig weiß geworden. Man kann zur Imprägnirung auch 30 und 50 gr Hg verwenden. Von dem verdunstenden Hg wird nur ein Theil von dem Träger des Schurzes aufgenommen: die Aufnahme läßt sich durch den Nachweis von Hg im Harn und durch das häufige Auftreten von Stomatitis und Speichelfluß erweisen. Auf solche Weise gelingt es nun, die verschiedensten syphilitischen Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. In hartnäckigen Fällen steht die Wirkung des Mercolint Schurzes hinter den intensiveren, alten Behandlungsmethoden zurück. B. hat den Schurz Tag und Nacht tragen lassen: wird er in der Nacht weggelassen, dann muß er sorgfältig in Wachspapier aufbewahrt werden. Durch Verwendung von zwei Schurzen wird die Verdunstungsfläche vergrößert. Es erscheint mit der neuen Methode möglich, durch monatelanges fortgesetztes Tragen solcher Schurze das Auftreten von Recidiven zu verhüten und so eine periodisch wiederholte Cur zu ersparen.

Zur Behandlung der Enuresis. In zwei Fällen von hartnäckiger scontinenz bei Mädchen von 17 und 18 Jahren erzielte Haren (Bostonr med. and surg. Journal; ref. in Münchn. med. Wochenschr. 1899/39) dauernde Heilung durch systematische Dehnung der Blase. Er injicirte jeden andern Tag mittelst Katheter und Spritze stetig zunehmende Quantitäten (200—600 Gramm) einer 4%igen Borlösung. Die Methode ist ursprünglich von Sims angegeben.

Wirkung des Formalins bei epithelialen Erkrankungen. (Deutsche med. Wchschr. 99. Therap. Beil. 12.) Die Erfahrungen Dr. Daniel's, Bielefeld, erstrecken sich zunächst auf die Verwendung des Formalins zur Entfernung multipler Warzen, die rasch und ohne Hinterlassung einer Narbe dadurch erzielt wurde, daß die 40 procentige Formaldehydlösung in 2—3tägigen Pausen mittelst Holzstäbchen auf die Warzen

übertragen und ohne Verletzung der Epitheldecke fest in dieselben eingedrückt wurde; Schmerzen traten nur an wunden Flächen auf, desgl, wurde ein Recidiv (mikroskopisch nicht festgestellt!) eines Cancroids des Lab. majus durch Formalin vollständig zum Schwinden gebracht. Die Erfahrungen D.'s über die Verwendung des Formalins in der Lupusbehandlung sind noch nicht zahlreich genug, um hierüber bestimmte Angaben zu machen, doch glaubt er es auch auf Grund der bisherigen Resultate empfehlen zu können. In einem Falle von sehr hartnäckiger Sycosis vulgaris trat 24 Stunden nach Anwendung des Formalins eine tiefgehende Dermatitis mit Röthung, starkem Brennen und im Laufe der folgenden zwei Tage starke Abschuppung der Epitheldecke ein, unter der dann eine „feste, reine, glatte Epidermis" erschien; doch mußte in der Folge das Formalin noch mehrmals gegen recidivirende Pusteln Anwenduug finden. Die starke Belästigung der Respirationsorgane und Augen durch die Formalindämpfe läßt sich einigermaßen bei allmählichem Vorgehen vermeiden.

Ueber Oxyuris vermicularis bei Kindern. Von G. F. Still (Brit. med. Journ. April 1899). — Das Vorkommen von Oxyuris vermicularis im kindlichen Darme ist ein sehr häufiges; unter 200 Sectionen von Kindern bis zum Alter von 12 Jahren hat St., der pathologische Anatom des Kinderspitales in der Great Ormond Street in London, denselben in 38 Fällen = 19 pCt. gefunden, und wenn man blos die Kinder von 2 bis 12 Jahren berücksichtigt, sogar in 32 pCt. Während nun aber die landläufige Ansicht dahin geht, daß die Fadenwürmer hauptsächlich das Rectum und die unteren Partieen des Colon und nur gelegentlich das Coecum bewohnen, hat St. beobachtet, daß der Wurmfortsatz ein Lieblingsaufenthalt derselben ist; in nicht weniger als 25 Fällen unter 32, also in zwei Drittel aller Fälle, waren sie dortselbst zu finden; ja in 6 Fällen von den 32 waren sie überhaupt nur im Appendix, manchmal sogar an dessen äußerster Spitze zugegen. St. glaubt auf Grund seiner Untersuchungen auch zu der Behauptung berechtigt zu sein, daß die Eier der Oxyuris nicht unbedingt verschluckt werden, also nicht in den Magen gelangen müssen, um ausgebrütet zu werden, sondern daß der Appendix vermiformis in manchen Fällen als Brutplatz für die Fadenwürmer dient; dadurch wird auch die große Hartnäckigkeit mancher Fälle begreiflich, wo es durch kein Mittel gelingen will, die Kinder von den Würmern zu befreien. Die Anwesenheit der Oxyuren im Appendix kann eine katarrhalische Affection desselben verursachen, wie dies Sectionen ergeben haben, bei welchen eine Verdickung der Wandungen gefunden wurde. Dieser Katarrh mit consecutiver Schwellung ist in manchen Fällen mit Schmerzen in der rechten Fossa iliaca verbunden, welche eine gewöhnliche Appendicitis vortäuschen können. Da die Annahme, daß die Fadenwürmer hauptsächlich das Rectum bewohnen, eine irrige ist, sondern dieselben, wie erwähnt, in zwei Drittel der Fälle im Appendix vermiformis, in einigen Fällen auch im Dünndarm gefunden wurden, ergibt sich daraus für die Therapie die Weisung, daß erstens die Irrigationen (mit Salzwasser oder einem Quassia-Infus) sehr ausgiebig sein müssen, z. B. für Kinder von 6—12 Jahren 16—20 Unzen, daß ferner auch eine interne Therapie damit zu verbinden ist (am besten Santonin). Behufs Prophylaxe sind die mit Oxyuren behafteten Kinder zu verhindern, am Anus zu kratzen und die Finger in den Mund zu stecken; auch sind die Nägel möglichst kurz zu schneiden.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr* prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 2 XXXXI. Jahrgang. 25. Februar 1900.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Irrthümliche Diagnosen bei Mund- und Zahnkrankheiten; Originalartikel von Dr. Ingenkamp in Cochem. — Zur therapeutischen Wirkung des Dionins. — Die Beziehungen zwischen Unfall und Diabetes. Zur Ernährungsfrage bei Ulcus ventriculi. — Ueber Indicationen zu chirurgischen Operationen. (Schluß.) — Zur Bedeutung, Behandlung und Prophylaxe der Retroflexio uteri. Ueber das Stypticin bei Gebärmutterblutungen. — Ueber das Gießener Dammschutzverfahren. Unguentum domesticum. Ueber den Stand der unteren Lungengrenze und den Spitzenstoß beim gesunden Menschen. Der Borsäureschnuller, eine neue Behandlungsmethode des Soor.

Irrthümliche Diagnosen bei Mund- und Zahnkrankheiten.

Von Dr. Ingenkamp in Cochem.

Seit Jahren habe ich wiederholt die Beobachtung zu machen Gelegenheit gehabt, dass manche Erkrankungen der Kiefer, ihres Periosts und der nachbarlichen Drüsen ärztlicherseits fälschlich diagnosticirt und mithin auch nicht richtig behandelt wurden. Die stete Wiederkehr derartiger Vorkommnisse rechtfertigt einen Hinweis sowohl im Interesse der Aerzte, als besonders zum Nutzen ihrer Klienten. Ich bin fest überzeugt, daß sehr vielen Patienten in kurzer Zeit geholfen werden kann, wenn meine Collegen dem Nachstehenden einige Aufmerksamkeit schenken und vorkommenden Falles darnach handeln wollen.

Zunächst führe ich einige Fälle aus meiner Praxis in kurzer casuistischer Schilderung vor und werde darnach in epikritischen Bemerkungen das betonen, worauf es ankommt.

1. Es consultirte mich ein junger Arbeiter, den ich schon längere Zeit mit verbundenem Kopfe hatte einhergehen sehen. Gelegentlich einer Consultation gestand er mir, daß er schon seit Monaten „wegen Drüseneiterung" am Unterkiefer in der Behandlung seines Kassenarztes sei, jedoch ohne Erfolg. Die Untersuchung des Mundes ergab, daß im rechten Unterkiefer nahezu mit Zahnfleisch überdeckte Wurzeln des vordem spontan abgebrochenen ersten Molaren

restirten. Mit dem Gaisfuß — dem besten Instrument zur Entfernung brüchiger Wurzelstücke, vor dessen Gebrauch übrigens Ungeübtere zu warnen sind — entfernte ich zwei Wurzeln. Nach Verlauf einer Woche war die seit Monaten fälschlich als „Drüseneiterung" diagnosticirte und demgemäß falsch behandelte „Zahnfistel" beseitigt.

2) Es consultirte mich ein 15jähriges Mädchen, bei dem am Unterkiefer längere Zeit Aetzungen einer Fistelöffnung, auch in Narkose Auskratzungen mit dem scharfen Löffel gemacht waren; alles leider ohne den erhofften Erfolg. Die Untersuchung meinerseits ergab die Existenz einer Zahnfistel. Die sofortige Entfernung eines untern stark cariösen Molaren beseitigte in wenigen Tagen ein seit mehreren Monaten erfolglos behandeltes und entstellendes Uebel.

3) Eine Frau in den mittlern Lebensjahren und in gravidem Zustande kam zu mir mit einem kolossalen Absceß, der vom linken Ohr bis zur Clavicula herabreichte; aus dem Munde starker Foetor; im Uebrigen aber keinerlei Klagen von Seiten des Mund- und Kauapparats. Die Anamnese ergab, daß sich am Kieferwinkel nach längerer Schwellung ein Absceß gebildet hatte, der von Seiten des Arztes zwar geöffnet worden sei, der sich seitdem aber nicht mehr geschlossen habe; aus einer Oeffnung sei fortdauernd Eiter abgeflossen. Nach einiger Zeit habe sich in halber Höhe des Halses seitlich wieder ein Eiterherd angesammelt, der abermals eine Incision erforderlich machte. Infolge erneuter Anfüllung dieses Abscesses, der sich, wie gesagt, nunmehr vom Ohr bis zur Clavicula erstreckte, suchte die Frau Rath und Hülfe bei mir nach. Da sie eine Schwangerschaftsunterbrechung befürchtete,*) wollte Patientin sich zunächst nicht operiren lassen. Jedoch Zureden half: Der Absceß wurde ausgiebig incidirt, aber auch der versteckt sitzende, stark cariöse Weisheitszahn links unten extrahirt, mittels des sog. L'Ecluse'schen Hebels, weil ihm mit Zangen nicht beizukommen war. Eine Behandlungszeit von ca. 4 Wochen brachte dauernde Heilung.

4) Ein junger Handwerker hatte gleichfalls eine schon längere Zeit bestehende Eiterung am Unterkiefer, zu deren Beseitigung er aber vor der Rathseinholung bei mir keine Schritte gethan hatte. Eine gelegentliche Empfehlung führte ihn, den vermeintlich Drüsenkranken, der schon manche Flasche Leberthran getrunken hatte, zu mir; die Entfern-

*) Das Bestehen einer Schwangerschaft bildet an sich keine Contraindication zur Zahnextraction; es kann letztere deshalb, wenn die Nothwendigkeit dazu vorliegt, jederzeits ohne Bedenken und Nachtheil vorgenommen werden.

ung einiger cariöser Wurzeln heilte den seit Monaten erkrankten und schon ziemlich entstellten Jüngling in aller Kürze.

5) Ein junger Mann, 20 Jahre alt, kam zur Consultation wegen einer geschwollenen Backe, mit Schmerzen im Unterkiefer und im Ohr. Der behandelnde Arzt konnte für ein Zahnleiden keinen Anhaltspunkt eruiren und diagnosticirte sog. „Mumps". Bei Untersuchung des Mundes fand ich in der Lücke „im Gehege der Zähne", wo vordem der erste Molaris rechts unten gesessen hatte, eine kaum linsengroße geröthete Stelle im Zahnfleisch, in welche der Sondenknopf eindrang, wobei für den Sachkundigen aus dem Klange und dem Widerstandsgefühl offenbar wurde, daß noch eine Wurzel stecken müsse. Zur Verwunderung des Patienten war ich nach kurzem Bemühen in der Lage, noch eine $^3/_4$ cm breite und $1^1/_4$ cm lange Wurzel des ersten untern Molaren zu entfernen. Nach Ablauf der periostitischen Kieferschmerzen, die bekanntlich nach einer Extraction exacerbiren, ähnlich dem gesteigerten Schmerze nach Eröffnung eines Furunkels oder nach Incision eines Panaritiums, war Patient in wenigen Tagen geheilt.

6) Ein von auswärts zugezogener Schneidergeselle war in seinem früheren Wohnorte vom Arzte, angeblich seit vielen Wochen nahezu täglich, wegen einer Fistel am Unterkiefer nach einander mit Salben behandelt, mit Lapis-Stift geätzt, mit dem scharfen Löffel ausgekratzt worden; alles ohne Erfolg. Meine Behandlung bestand in Extraction einer Bicuspis Wurzel und zweimaliger Einlage eines Jodoformgazestreifens in den äußern Fistelcanal. Heilung erfolgte innerhalb 4 Tagen.

7) Aehnlich lag ein Fall bei einem heirathslustigen Mädchen, das wegen eines entstellenden Geschwürs in der Unterkiefer-Mitte schon einige Zeit in ärztlicher Behandlung stand, welches indes zu heirathen der Bräutigam Anstand nahm, so lange das Mädchen nicht gesund sei. — Eine einmalige Consultation mit Extraction des cariösen Incisivus II R. U. bewirkte Heilung und führte die schon seit Wochen der Hochzeit Harrenden wider Erwarten schnell zu einander.

8) Ein Mann, Mitte der Vierziger, fand sich durch einen narbigen Strang im Gesichte entstellt, der vom Nasenflügel bis etwa gegenüber dem Antrum Highmori führte, und aus welchem von Zeit zu Zeit aus einem erbsengroß anschwellenden Bläschen sich Eiter entleerte. In der obern Wangentasche war dem äußern Strange entsprechend gleichfalls ein kleinerer Narbenstrang fühlbar, der auf einen Rest eines vordem abgebrochenen ersten Molaren führte. — Und die Behandlung dieser „Zahnfistel"? Extraction eines cariösen

Kronenrestes des ersten Molaren mit ansitzender buccaler und palatinaler Wurzel; Einlage von Jodoformgaze-Streifen für 3—4 Tage in die Extractionswundhöhle; damit zugleich Heilung der äußern Fistel innerhalb einer Woche.

9) Ein 9jähriges Mädchen war längere Zeit in ärztlicher Behandlung wegen eines Eitergeschwürs am rechten Unterkiefer und am Halse, das bereits zu einer bedeutenden Entstellung geführt hatte. Als alle Bemühungen (Incision Aetzungen, Auskratzungen) sich erfolglos erwiesen, wurde das Mädchen mir zugeführt. Ich entfernte in Narkose einen Sequester des Unterkiefers von der Backe her, aber von innen her auch den cariösen ersten Molaris. Die Behandlung erstreckte sich auf einige Wochen Dauer, — es stießen sich noch mehrere Knochenspitter ab — und endete mit Heilerfolg.

— Nebenher bemerkt, ist der erste Molaris unten, der 6. Zahn von der Mittellinie aus gezählt und etwaige Lücken mitzählend, der ärgste Uebelthäter im menschlichen Gebiß, weil er in der Häufigkeitsskala der Caries der einzelnen Zahngruppen der „allerfaulste Cantonist" ist; auf ihn besonders und etwa verbliebene Reste von ihm muß man daher bei der Untersuchung besonders fahnden.

10) Ein 16jähriger Lehrling kam in meine Behandlung wegen Zahn- und Unterkieferschmerzen, wollte sich jedoch keiner Extraction unterziehen. Nach einigen Tagen schwoll das Gesicht, besonders in der Gegend des Unterkiefers stark an; es bildete sich eine erhebliche Eitergeschwulst am Halse. Extraction wurde von Patient und seinen Eltern, als ihnen unnöthig dünkend, noch immer verweigert. Die Geschwulst kam rasch zur Reifung und entleerte sich spontan; die Hautdecke zerfiel in halber Spielkarten Größe brandig, und auch im Gebiet der großen Wunde selbst zeigte sich gangränöser Zerfall, der bis an die Unterkiefer Wangentasche sich erstreckte. Das Allgemeinbefinden gab zu ernstlichem Bedenken Anlaß. Ich drängte nochmals auf Extraction einer Wurzel des ersten Molaren und des cariösen zweiten Molaren, welche denn auch endlich gestattet wurde. Der Foetor ex ore war in diesem Falle pestilential. Reinigung und Heilung des Geschwürs ging nunmehr relativ rasch vor sich, allerdings unter Zurücklassung einer grossen Narbe.

11) Ein Ackerer, Mitte der Zwanziger, hatte ein gräßlich entstellendes Eitergeschwür am linken Unterkiefer und war dieserwegen schon wochenlang bei allen Kurversuchen geduldig wie ein Lamm. Eine Empfehlung führte ihn endlich zu mir. Ich leitete die Behandlung ein mit Extraction des cariösen Restes des linken untern Weisheitszahnes und eines cariösen Bicuspis links unten. Darnach wandte ich

mich auch dem äußern Geschwür zu. Die Behandlung hatte Erfolg; Heilung innerhalb 14 Tage. Um der entstellenden Narbenschrumpfung, wobei die Haut fest an den Kiefer anwächst, vorzubeugen, machte ich folgende Operation. Ich machte längs der Fistelnarbe in ca. 1 cm Entfernung beiderseits eine Incision in die gesunde Haut, hob diese ab zur Fistelnarbe hin, schnitt letztere aus und vernähte die so entstandene mittlere Wundöffnung, welche per primam heilte; die seitlichen, ovalen, frischen Hautdefecte überhäuteten sich schnell mit kaum auffälligen blaßröthlichen Narben, die mit der Zeit noch mehr verblassten.

12) Ein 15jähriges Mädchen bekam infolge cariöser Wurzeln im Unterkiefer rechts eine Periostitis, welche in kurzer Zeit den ganzen Alveolarrand und den Kieferknochen bis über die Mitte des Kinns nach links in Miterkrankung zog. Als Pat. auf anderweitige Empfehlung in meine Behandlung trat, standen schon 6 Zähne wackelnd in sequestirtem Alveolarrand. Nach deren operativer Entfernung und nach weiterm Verluste dreier Schneidezähne unten nebst zugehörigen Alveolarknochen endete der Proceß innerhalb einiger Monate mit großer Entstellung, da nur ein schmaler Streifen Kieferknochen restirte. Man stelle sich nun im Geiste das Leiden des Mädchens vor! Stets Eiter im Munde; daneben oft starke Salivation; Unvermögen zu kauen, in Folge dessen Inanition; 2 mal erforderliche Narkose! Und das Alles die Folge einer Unterlassung, nämlich der Extraction zweier untern Molar-Wurzeln. In diesem Falle waren ärztlicherseits Bähungen ordinirt worden; mit welchem Erfolg und Ausgang zeigte der weitere Krankheitsverlauf. Ein künstliches Untergebiß mit 7 Zähnen glich den Kieferdefect und die Gesichtsentstellung einigermaßen aus. —

Mit diesen aus dem Krankenjournal ausgewählten casuistischen Fällen meiner Praxis möge es zur Illustration dessen, was ich zu sagen beabsichtige, genügen. Sie sind nur ein Theil der von mir gemachten Beobachtungen ähnlicher Art und waren, von zwei Fällen abgesehen, vor mir bereits anderweitig in ärztlicher Behandlung, leider ohne Erfolg.

Nunmehr zu den epikritischen Bemerkungen. Da in allen Fällen die Zahn- bezw. Wurzel-Extraction Besserung und Heilung brachte, mußte ein „Zahnleiden", im weitern Sinne gesprochen, die causa efficiens gewesen sein. Es handelte sich allemal um sog. „Zahnfisteln" und ihre Folgen, die als Drüsengeschwülste, als Kieferperiost-Erkrankungen, als Abscesse, Mumps und als alles sonst, nur nicht richtig diagnosticirt und behandelt worden waren. Das kann eigentlich nicht Wunder nehmen, da im Allgemeinen der Mund und die Zähne ärztlicherseits so ziemlich ununtersucht bleiben, selbst wo eine genaue Untersuchung schon aus diffe-

rential-diagnostischen Rücksichten geboten wäre, wofern nicht gerade seitens der Patienten in beregter Hinsicht geklagt wird. Es fehlt eben den meisten Aerzten an dem erforderlichen, schon von der Studienzeit her geschulten Blick, wenn nöthig, wie so oft, unter Zuhülfenahme von Mundspiegel und Sonde pathologische Vorgänge der in Rede stehenden Art als Folgeerscheinungen kranker Zähne bezw. von Zahnresten sofort zu diagnosticiren.

Mit einem Collectivnamen kann man bei all derartigen Zuständen von „Zahnfisteln" reden, wenngleich die genauere pathologische Definition des Einzelfalles damit nicht wiedergegeben ist. Doch für diese gedrängte Darlegung ist das von nebensächlichem Belang. Infolge eines kranken Zahnes oder auch eines bezw. mehrerer restirender Wurzeln hat sich auf dem nicht mehr ungewöhnlichen Wege der Infection ein periostitischer Kieferabsceß gebildet, der entweder zur Mundhöhle oder durch den Kiefer und die äußeren Hautdecken durchbricht und damit meistens den akuten Prozeß zum vorerstigen Abschluß bringt. Da aber die den akuten Proceß veranlassende Ursache fortbesteht, verbleibt der chronische Zustand, die sog. Zahnfistel mit ihrem Fistelgang, der meistens auf eine Wurzelspitze hinführt, und ihrer Fistelöffnung, deren aber auch mehrere sich bilden können, je nachdem der eingeschlossene Eiter sich verschiedene Wege gebahnt hat. Je nach der Stelle, allwo die Ausflußöffnung zu Tage tritt, spricht man von Zahnfleisch-, Kinn-, äußern und innern Backenfisteln. Die Zahnfleischfistel genirt ihren Träger oft nur wenig, und viele Patienten dieser Art behandeln sich durch Einstechen des „Bläschens" mit einer Nadel selbst. Wichtiger sind die sog. Kinn- und Backenfisteln. Es wird vielfach die Beobachtung gemacht worden sein, daß eine Fistelöffnung am Kiefer, nach längerm Bemühen, artificiell geschlossen wurde, zur Freude des Arztes und des Patienten; nach kürzerer oder längerer Zeit trat jedoch in der Nachbarschaft der erstern, nunmehr geschlossenen Oeffnung eine neue auf, aus der sich wieder Eiter entleerte.

Ich muß hier bemerken, daß bei derartigen Processen der verschuldende Zahn bezw. eine Wurzel sich völlig ruhig verhalten und auf Druck und Anstoßen unempfindlich sein kann. Und Mancher könnte daraus schlußfolgern, daß die entzündlich eitrige Exacerbation scheinbar in keinem causalen Zusammenhange mit dem erkrankten Zahne oder der Zahnwurzel stände. Doch die vielfache Beobachtung der Ausheilung beregter Processe nach Entfernung der Wurzel oder des Zahnes spricht zu beredt für die Annahme einer erfolgten Infection auf dem Wege der Leitung durch eine Zahnwurzel.

Nicht allemal muß eine sog. Zahnfistel des Kiefers auch eine äußerlich sichtbare Oeffnung haben. Es kommen vielmehr vereinzelt Fälle vor, in denen der Kieferknochen nur eine fühlbare, eindrückbare und dabei zuweilen empfindliche Schwellung mit röthlicher, bisweilen blauröthlicher Verfärbung der Kieferhaut und eine Contourveränderung des Kieferknochens, entsprechend dem Sitze der Entzündung aufweist. Auf den pathologisch anatomischen Unterschied der verschiedenen Formen des periostitischen Verlaufs in letztern Fällen gegenüber den mit äußern, fließenden, eitrigen Fistelöffnungen behafteten Zahnfisteln möchte ich hier nur hindeuten. Derartig entzündliche Infiltrate, wenn ich sie so bezeichnen soll, bilden sich erfahrungsgemäß nach Extraction des betreffenden Zahnes meistens vollständig zurück. Wiederum dieselbe Erscheinung: Cessante causa cessat effectus.

Nicht nur bei Erwachsenen muß der Arzt nach kranken Zähnen und Zahnresten fahnden, wenn ihm pathologische Kiefer-Erscheinungen zu Gesicht kommen, sondern weit mehr noch bei Kindern in der Zeit des Dentitionswechsels. Alsdann kann er nicht sorgfältig genug den Mund inspiciren, wenn ihm Drüsenschwellungen, Drüseneiterungen namentlich am Unterkiefer zur Behandlung vorgestellt werden. Entfernung der kranken Milchzähne, deren Reste, besonders Extraction des kranken Molaris unten, bringt oft überraschend schnelle und sicherere Heilung bezw. Drüsenabschwellung, als alle Jod-Jodkalisalben, Prießnitz-Umschläge, Salzwasser-Compressen, Mutterlaugenbäder u. v. a. m.

Ein Zahnfistelproceß verläuft in den allermeisten Fällen nur in den zahnfleischigen Partieen, in andern wieder kommt es zu periostitischen Erscheinungen, ja in wenigen Fällen sogar zu osteomyelitischen Processen. Je nach der Länge und Größe der Wurzeln und der erfolgten mehr oder weniger heftigen purulenten Infection breitet sich der entzündliche Vorgang in die Tiefe und Breite aus. Wenn auch nicht so häufig, so kommt es immerhin gelegentlich zu Senkungsabscessen (cfr. Fall No. 3). In der Literatur finden sich mehrere derartige Fälle von Ein- und Durchbruchsstellen von Senkungsabscessen am Halse, in der Supraclavicular-gegend, ja sogar solcher, die in die Pleurahöhle einbrachen. Die betr. Beobachter, u. A. Wedl (berichtet in Path. d. Zähne, S. 171, über einen Senkungsabsceß, infolge periostisch dentalen Ursprungs, der bis zur 4. Brustrippe herab reichte, mit nachherigem, hartnäckigem, lange Zeit unerkanntem Geschwüre in dieser Gegend; Heilung erfolgte nach Extraction), Nessel (schildert im Handb. d. Zahnheilkd., II, 1., S. 582, eine Beobachtung, wo eine Zahnfistel mit Senkungsabsceß in der Gegend der linken Supracla-

viculargrube auslief: das Geschwür bestand schon über ein halbes Jahr. Nach Extraction der Wurzeln des 1. u. 2. Molaris hörte die Secretion auf und die Geschwulst heilte bald aus), Parreidt (Zahnheilkunde, 2. Aufl., S. 137 sq.) sagt: Fisteln bestehen oft mehrere Jahre; ich sah solche, die 7 Jahre bestanden. Sie heilen nicht eher, als bis der kranke Zahn extrahirt ist. Der Abscess und die Fistel entsteht meist in der Gegend unterhalb der Mahlzähne am untern Kieferrande; einigemale sah ich sie auch am Kinn entstehen; in seltenen Fällen ist die Fistelöffnung weiter unten am Halse und bisweilen auch an der Brust), Nicolai (berichtet in d. Monatsschr. f. Zahnhlk., 1888, S. 496, über eine Zahnfistelöffnung in der Mamma, deren wahre Bedeutung lange unerkannt blieb, bis eine zufällige zahnärztliche Behandlung den Sachverhalt aufklärte), alle diese und andere Beobachter betonen ausdrücklich, daß die eitrigen Geschwüre und Geschwülste lange Zeit hinsichtlich ihrer Aetiologie unerkannt geblieben waren, und daß die Secretion nach Extraction von Zahnresten aufhörte und die Geschwülste sich zusehends besserten.

Alle derartige Processe, Zahnfisteln, kommen nicht bloß am Unterkiefer, sondern auch am Oberkiefer, bis zum Antrum Highmori, ja bis zur Orbita hinauf, vor; es ist dies jedoch im Allgemeinen seltener der Fall. In allen Fällen also, wo äußerlich an den Backen, am Oberkiefer in der Gegend des Antrum, am Kinn, in der Gegend des Unterkieferrandes, in den submaxillaren Drüsenpartieen, in der Halsregion eigenartige Geschwürsbildungen an der Hautoberfläche durch ein nachweislich aus einer Fistelöffnung sickerndes, eiteriges Secret, das mitunter äußerst übel riecht, unterhalten werden, ist nicht in letzter Reihe der Kauapparat auf's genaueste mittels Mundspiegel und Sonde zu untersuchen. Es ist dabei nicht erforderlich, daß man sogleich kranke Zähne oder Wurzeln finde; lehrt uns doch die Erfahrung, daß die kranken Wurzeln mit Zahnfleisch überwachsen sein können. Eine kleine Delle in dem Alveolarzahnfleisch, in welche die Sonde eindringt, weist oft auf das Vorhandensein einer kranken periostitischen Wurzel hin. Der charakteristische Klang und Widerstand der Sonde beim Aufstoßen auf einen Wurzelrest gegenüber demjenigen auf bloßliegenden Knochen ist entscheidend für die Diagnose und das therapeutische Handeln. Die Entfernung des Wurzelrestes ist die conditio sine qua non der Heilung. Damit wird die Ursache der Entzündung beseitigt und dem Eiter, welcher im Knochen etwa bereits vorhanden ist, freier Abfluß verschafft. Die Extraction ist meist nicht so schwierig, da der Zahn resp. die Wurzel schon in theilweise rareficirtem Knochen steckt; sie darf nicht etwa wegen der Schwellung

aufgeschoben werden. Vorhergehende Spaltung des Zahnfleisches mag oft angebracht sein, ist aber für den mit dem Gaisfuß geübten Praktiker nicht unbedingte Prämisse. Im Allgemeinen ist es überhaupt bei beabsichtigter Zahnextraction nicht gut, zu viel Zeit vor der Operation mit allem Möglichen, wie lokaler Anästhesie, Incisionen u. dgl. zu verlieren; darüber steigert sich nur die Angst der meisten Patienten. Dem sichern Entschluß muß auch die That schnell folgen. Ich gebe gern zu, daß viele Aerzte einwenden werden, daß sie hinsichtlich weniger vorzunehmender Operationen auf einen solchen horror seitens des Publikums stoßen, als gerade bei einer nothwendig erscheinenden Zahnextraction. Diesem zum Theil berechtigten Einwande gegenüber will ich citiren, was Nessel in seiner Abhandlung über Periostitis dentalis im Handb. f. Zahnhlk., II, 1. sagt: „Die Ursachen und Umstände, welche viele pract. Aerzte bestimmen, einer Extraction vielfach aus dem Wege zu gehen, sind zwar eines Theils in der Verweigerung der Extraction seitens der Patienten selbst, aber andern Theils auch in dem Mangel an Uebung und vielleicht auch an geeigneten Instrumenten zu suchen, oder sie haben ihren Grund in — fälschlicher Diagnose.“ Wolle man doch stets Patienten mit cariösen Zähnen oder Zahnresten, welche Fisteln unterhalten, die gleich intensive Beachtung schenken und ihnen die richtige Behandlung zu Theil werden lassen, wie dieses beim Vorkommen von Fistelprocessen, periostitischen Affectionen an andern Körperstellen als im Munde und am Kiefer seitens der Aerzte zu geschehen pflegt, wo Jeder sich alle mögliche Mühe giebt, dem Leiden mit eigenen Mitteln und Kenntnissen baldigst Einhalt zu thun und, wenn nöthig, mit denen anderer Collegen.

Nicht immer heilen Zahnfisteln so schnell aus, wie es in den meisten vorerzählten casuistischen Beispielen der Fall war. Eine ganze Reihe derartiger Erkrankungen kann nach der Extraction, als der zunächst nothwendigsten therapeutischen Maßregel, bis zur völligen Abheilung der periostischen und nekrotischen Begleiterscheinungen und bis zur definitiven Ausheilung der äußern Wunde mehr oder weniger längere Zeit erfordern.

Möchten nunmehr die Collegen einmal Umschau halten in ihrer Klientel in der von mir angedeuteten Richtung. Ich bin überzeugt, daß eine große Anzahl Menschen in relativ kurzer Zeit von ihren schmerzhaften, bisher zum Verdruß der Aerzte und Patienten behandelten und dabei so häufig entstellenden Leiden befreit werden kann.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Zur therapeutischen Wirkung des Dionins. Das neueste in den Handel gebrachte Morphinderivat ist das Dionin, ein weißes, geruchloses, bitter schmeckendes, bei 123 bis 125° C. schmelzendes, mikrokrystallinisches, salzsaures Salz des Monoäthyläthers des Morphins.

In Wasser unter neutraler Reaction leicht löslich (1 : 7), ist es sowohl zu interner Darreichung, als zu subcutanen Injectionen geeignet.

H. Higier in Warschau hatte die Gelegenheit, im Laufe des letzten Jahres an 49 Patienten, die beinahe sämmtlich in seiner Poliklinik behandelt wurden, das Dionin auf seinen therapeutischen Werth zu prüfen. Um das klinische Material einförmig und statistisch verwerthbarer zu gestalten, beschloß er: a) hauptsächlich die sedative Wirkung des Dionins zu untersuchen; b) ausschließlich chronische Fälle zu wählen, deren Verlauf auch in günstigen Fällen über Monate sich hinzieht und wo die vis medicatrix naturae weniger in Betracht kommt; c) unter den chronisch Kranken ausschließlich schwerere Fälle heranzuziehen, wo der Husten die Kranken „bei Tag und Nacht" quälte, wo schon mehrere sonstige Narcotica angewendet wurden und wo es einzig und allein auf die symptomatische Behandlung ankam; d) die Wirkung der Suggestion womöglich auszuschließen.

Von zwei Fällen bronchialen Asthmas abgesehen, handelte es sich in der Mehrzahl der Fälle um vorgeschrittene Tuberculose der Lungen mit oder ohne Affection des Kehlkopfes oder der Pleura, in der Minderzahl um chronische Bronchitis bei Emphysem der Lungen, bei Staubarbeiten oder von unbekannter Herkunft.

Beinahe in allen Fällen von Tuberculose konnte er die ausgezeichnete Wirkung des Dionins am Krankenbett feststellen. Sämmtliche Patienten verlangten Wiederholung desselben Mittels, dem sie ruhigen, anhaltenden Schlaf verdankten, Aufhören des belästigenden, Brustschmerzen hervorrufenden Hustens, Nachlassen der Athemnoth, Erleichterung der Expectoration. Am augenfälligsten wurde die quälende Begleiterscheinung der Kehlkopf- und Lungenphthise, der Husten bekämpft. Weniger prompt wirkte das Mittel für die Dauer bei Emphysem, obwohl auch hier die meisten Patienten das Dionin bevorzugten. Gar keine Wirkung entfaltete letzteres bei bronchialem Asthma, wo er es während des einen Tag anhaltenden Anfalles in gewöhnlicher und später in doppelter Dosis ohne irgend welchen Effect angewendet hat.

Von unangenehmen, dem Morphin und seinen Derivaten eigenen Nebenwirkungen hatte er nur bei zwei Patientin-

nen zu hören — darunter eine siebenmonatliche Gravide —, die gerade keine allzu große Dosis nahmen: gesteigerte Schweißsecretion, Uebelkeit und theilweise getrübtes Sensorium. Ueber nachtheilige Wirkung auf den Magendarmtractus wurde nie geklagt.

Angewendet wurde das Mittel in gleichen Dosen wie das Codeïn, von dem es sich auch im Preise nicht wesentlich unterscheidet, gewöhnlich in Form einer Lösung 0,25:60,0 — drei Theelöffel täglich, so daß binnen des Tages 0,05 des Salzes gegeben wurde. Es kann auch in Pulvern, Syrup, Pillen verordnet werden.

Das Dionin wurde von der Firma E. Merck auf Veranlassung Prof. v. Mering's in Halle dargestellt, der sich von der zutreffenden Voraussetzung leiten ließ, daß die Aethylgruppe des Morphiums eine angenehmere und mildere Wirkung bedinge als andere Radicale, und erfahrungsgemäß sind thatsächlich die Aethylderivate den analogen Methylverbindungen an therapeutischer Wirksamkeit überlegen, wie wir es beispielsweise am Methylurethan und Aethylurethan, am Methylacetin und Phenacetin, am Guajacol und Guaethol, am Trional und Sulfonal zu sehen bekommen. Ob diese Voraussetzung auch für das Dionin zutrifft, was in der That der Fall zu sein scheint, müssen weitere klinische Untersuchungen lehren. Zur weiteren Prüfung kann das neue Mittel jedenfalls warm empfohlen werden.

II. Medicin.

Die Beziehungen zwischen Unfall und Diabetes. Von Prof. H. Senator-Berlin. Unter den inneren Krankheiten, welche in ursächlichem Zusammenhang mit einem Unfall stehen können, nimmt der Diabetes, wohl mellitus wie insipidus zwar nicht die erste, aber immerhin eine hervorragende Stellung ein und zwar zum Theil deswegen, weil ein solcher Zusammenhang verhältnißmäßig häufig mit Bestimmtheit oder Wahrscheinlichkeit nachzuweisen ist, zum Theil aber und ganz besonders deshalb, weil die ätiologische Bedeutung alles dessen, was man unter „Unfall" im weitesten Sinne versteht, für die Entstehung des Diabetes so gut begründet ist, wie bei wenigen anderen inneren Krankheiten. S. spricht von Unfall im weitesten Sinne, um dadurch auszudrücken, daß nicht bloß die gewöhnlich darunter verstandenen körperlichen Verletzungen oder Erschütterungen, die traumatischen Vorgänge im engeren Sinne, zu den Ursachen des Diabetes gehören, sondern auch die plötzlichen und erschütternden Einwirkungen auf die

höheren Funktionen des Nervensystems und das Seelenleben, welche ja auch als „psychiſches Trauma“ bezeichnet werden.

Jedes dieser beiden ätiologiſchen Momente kann, wie gar nicht zu bezweifeln ist, Veranlassung zu Diabetes geben, zumal bei ſchon bestehender Disposition dazu.

Was die eigentlichen Traumen betrifft, so ist ja durch den nach Cl. Bernard's berühmtem Zuckerstich eintretenden Diabetes, welcher das Muster und Urbild eines „traumatiſchen Diabetes“ im strengsten Sinne darstellt, der Beweis für den Zusammenhang geliefert, zunächst allerdings für den Zusammenhang des Diabetes mit solchen Traumen, durch welche das verlängerte Mark, sei es direkt, sei es indirekt von mehr oder weniger benachbarten Hirnpartien aus, geſchädigt wird. Aber es gelingt, wenngleich weniger sicher, auch durch Schädigung anderer Theile des Nervensystems, namentlich der sympathiſchen Ganglien und des Halsmarks Diabetes, oder wenigstens Glycosurie hervorzurufen.

Andere Organe, deren Schädigung für die Entstehung eines Diabetes und zwar nur Diabetes mellitus in Betracht kommen können, sind bekanntlich das Pankreas und die Leber, obgleich die Rolle, welche sie hierbei spielen, noch nicht vollständig aufgehellt ist. Es wäre aber ganz falſch, anzunehmen, daß für den Nachweis eines ursächlichen Zusammenhangs zwiſchen Unfall und Diabetes es nothwendig darauf ankäme, daß der Unfall eines dieser Organe direkt betroffen hätte oder betroffen haben könnte, daß es also etwa eines Traumas auf den Kopf oder die Wirbelsäule bedürfe, um die Entstehung eines Diabetes vom Nervensystem zu erklären, oder einer auf den Bauch bezw. auf die Pankreas- und Lebergegend gerichteten Gewalt, um die Krankheit von der Schädigung eines dieser Organe oder beider Organe herzuleiten. Vielmehr kann, wie aus gut beobachteten und in ihrer Beweisfähigkeit nicht wohl anzuzweifelnden Fällen hervorgeht, Diabetes nach anderweitigen Gewalteinwirkungen und als unzweifelhafte Folge derselben eintreten.

Und zwar kann der Hergang dabei in zweierlei Weise stattfinden. Einmal kann bei einer, wenn auch entfernt von den betreffenden Organen einwirkenden Gewalt eine heftige Erſchütterung des ganzen Körpers stattfinden, welche auch ohne grobe Verletzung und ohne äußerlich sichtbare Spuren eine mehr oder weniger ſchwere Störung der Function dieser Organe hervorruft, ein Hergang, der ja auch bei der Entstehung anderweitiger Krankheiten nach Unfällen nicht selten angenommen werden muß.

Sodann aber ist die bei ſchweren Unfällen so gewöhnliche Einwirkung auf das Nervensystem und das Seelenleben

von Bedeutung, und damit kommt S. auf das zweite der vorher genannten ätiologiſchen Momente, das sog. „psychiſche Trauma“.

Einer experimentellen Prüfung sind ja der Natur der Sache nach die Beziehung zwiſchen psychiſchen Vorgängen und Diabetes nicht zugänglich, aber durch die kliniſche Beobachtung ist hinreichend sichergestellt nicht nur, daß durch heftige Gemüthsbewegungen, Schreck, Angst, Zorn, tiefen Kummer, ein ſchon bestehender Diabetes verſchlimmert, sondern auch nicht selten Diabetes erst veranlaßt wird, allerdings wohl immer bei einer ſchon bestehenden ererbten oder erworbenen Disposition. Und zwar kann diese Disposition auch durch neuropathiſche Belastung oder durch gewisse Krankheiten (Gicht, Fettleibigkeit) gegeben sein. Der psychiſche Affect löst den Diabetes aus.

Da nun mit einem ſchweren körperlichen Trauma der Regel nach auch eine mehr oder weniger heftige Gemüthsbewegung, zumal Schreck, verbunden ist, so kann, wie man sieht, ein solches Trauma, ein körperlicher Unfall, in doppelter Weise den Diabetes unmittelbar veranlassen, nämlich einmal durch die vorher besprochene direkte oder indirekte Schädigung gewisser den Zuckerstoffwechsel beherrſchender Organe, und sodann durch die psychiſche Einwirkung. Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, daß diese beiden Einwirkungen durchaus nicht immer in gleichem Verhältniß zu einander stehen müssen und daß namentlich eine heftige psychiſche Einwirkung ohne entsprechende körperliche Schädigung stattfinden kann. Letzteres war z. B. der Fall bei einem Manne seiner Beobachtung, der von einem Blitzſchlag getroffen und kurze Zeit betäubt worden war, aber keinerlei Körperverletzung davon getragen hatte und bei dem sich angeblich ſchon 14 Tage später die Symptome des Diabetes mellitus bemerkbar machten, welcher zur Zeit seiner Beobachtung, d. h. mehrere Monate später, unzweifelhaft nachzuweisen war.

Endlich giebt es höchst wahrſcheinlich noch eine dritte, von den genannten Entstehungsweisen etwas abweichende Art, wie sich Diabetes in Folge eines Unfalls entwickeln kann, nämlich durch das Mittelglied einer sog. traumatiſchen (oder besser Emotions-) Neurose. Dieser Hergang ist nicht gleichbedeutend und daher nicht zusammenzuwerfen mit der vorher besprochenen unmittelbaren Wirkung eines „psychiſchen Traumas“, auf welches sofort oder ganz kurze Zeit der Diabetes auftritt. Vielmehr würden in diese Rubrik solche Fälle gehören, in welchen nach dem Unfall, nach dem somatiſchen oder psychiſchen Trauma, erst die Neurose ohne Zeichen von Diabetes sich entwickelt und in deren Verlauf alimentäre Glycosurie sich einstellt. Nach den in

seiner Klinik von H. Strauß*) angestellten Untersuchungen kommt dies in mehr als einem Drittel (3/8) aller Fälle vor. Alimentäre Glycosurie bedeutet, wie bekannt, eine abnorm geringe Assimilationsfähigkeit für Zucker, welcher selbstverständlich auch von Gesunden nur bis zu einer gewissen Grenze in ihrem Organismus verwerthet werden kann. Diese Grenze ist keine unter allen Umständen feststehende, sie schwankt, wie ebenfalls in seiner Klinik von Strauß und von E. Raphael**) gezeigt worden ist, bei einer und derselben Person zu verschiedenen Zeiten in ziemlich weiten Grenzen aus bekannten und unbekannten Ursachen, sinkt z. B. in Folge einer acuten Alkohol- oder Kohlendunstvergiftung, einer zutretenden acuten Krankheit u. s. w.

Es hat sich weiter bei eben diesen Untersuchungen ergeben, daß zwischen der Glycosurie, welche nach Einführung von (Trauben-) Zucker, und derjenigen, welche nach Genuß von Amylaceen eintritt, also zwischen der „Glycosuria e sacharo" und der „Glycosuria ex amylo", welche letztere schon als beginnender oder leichtester Diabetes anzusehen ist, eine scharfe Grenze nicht besteht. Es folgt daraus, daß einer alimentären Glycosurie (e sacharo) sich ein ausgesprochener Diabetes entwickeln kann, und weiter, daß ein Unfall eine sog. traumatische Neurose nach sich ziehen, diese alimentäre Glycosurie zur Folge haben und aus ihr erst sich Diabetes entwickeln kann. S. selbst erinnert sich nicht, diesen ganzen Entwickelungsgang beobachtet zu haben und auch Naunyn sagt in seiner großen Bearbeitung des Diabetes mellitus***), daß diese weitere Entwicklung in der Mehrzahl der Fälle ausbleibt. Jedenfalls wird man selten in der Lage sein, diesbezügliche, ganz einwandsfreie Beobachtungen zu machen, da solche Fälle sehr lange verfolgt und einer wiederholten Prüfung unterzogen werden müßten. Denn so wie die Glycosurie, kann auch der Diabetes eine Zeit lang intermittirend auftreten, was selbstverständlich die Untersuchung erschwert, ebenso wie der Umstand, daß, wie S. selbst und Andere beobachtet haben, gerade nach Traumen erst Diabetes insipidus sich entwickeln kann und dann erst Diabetes mellitus.

Uebrigens ist wohl mancher als „traumatischer Diabetes" beschriebene Fall nicht ein solcher im strengen Sinne, sondern ein im Verlauf einer „traumatischen Neurose" entstandener.

Was die Häufigkeit dieses letzteren, des eigentlichen „traumatischen Diabetes" betrifft, so gehen die Angaben der

*) Deutsche und med. Wochenschr. 1897. Nr. 18 u. 20.

**) Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. S. 19 u. Diss. inaug. Freiburg i. Br. Berlin 1899.

***) Nothnagel's Specielle Path. u. Therapie VII. 6. 1898. S. 66.

Autoren darüber ziemlich weit auseinander, die höchste Zahl giebt Cantani an, der in 10,25 pCt. seiner Fälle ein vorangegangenes Trauma fand. Nach seinen eigenen, hier verwerthbaren Aufzeichnungen, die sich jetzt auf 1090 Fälle von Diabetes mellitus beziehen, kann er nur in 11, also in wenig über 1,0 pCt. einen traumatischen Diabetes annehmen, wobei er den schon erwähnten Fall von Blitzschlag und einen Fall, in welchem die Krankheit im Anschluß an eine Laparotomie auftrat, mitzähle. Seine Zahl steht der von Seegen, der 1,4 pCt. berechnet, am nächsten und ist, soweit er sieht, die kleinste von allen Procentzahlen, vielleicht, weil er nur diejenigen Traumen, welche kurz vor dem Diabetes eingewirkt hatten, berücksichtigt habe. —

In dieser Beziehung, nämlich in Bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens überhaupt und im Zusammenhang mit Unfällen ins Besondere, verhält sich der Diabetes insipidus abweichend, während im Uebrigen für ihn so ziemlich alles, was hier vom Diabetes mellitus gesagt wurde, ebenfalls gilt. Diabetes insipidus ist nämlich viel seltener, als mellitus, wenigstens heutzutage, wo, wie es scheint, der letztere häufiger als früher auftritt oder wenigstens zur Beobachtung kommt. S. besitzt Aufzeichnungen nur über 76 Fälle, darunter ging dem Ausbruch der Krankheit ein Sturz oder Schlag auf den Kopf unmittelbar vorher 3 mal, 1 mal hatte ebenfalls ein Sturz 5 Jahre lang vorher stattgefunden, und in einer größeren Zahl von Fällen wurden heftige Gemüthsbewegungen als Ursache angegeben. Wenn man diese letzteren als schwerer controlirbar und ebenso jenen Fall mit weit zurückliegendem Trauma außer Betracht läßt, so blieben immerhin 3 auf 76, d. h. 4 Procent, in denen ein somatisches Trauma als Ursache anzunehmen ist, also nach seinen Beobachtungen eine erheblich größere Procentzahl als bei Diabetes mellitus. —

Die vorstehenden Auseinandersetzungen dürften für die Beurtheilung und Begutachtung des Zusammenhangs von Diabetes und Unfall in einem speciellen Falle wohl einige Anhaltspunkte bieten und zeigen, in welcher Richtung die Nachforschung und Untersuchung zu geschehen hat. Im Uebrigen werden für solche Begutachtungen dieselben Gesichtspunkte wie bei anderen Unfallsachen maßgebend sein, auf welche hier nicht weiter eingegangen zu werden braucht.

(Monatsschr. f. Unfallheilk.)

Zur Ernährungsfrage bei Ulcus ventriculi. Von L. Fürst, Berlin. F. will drei Stadien des pathologischen Processes, deren jedes andere Bedingungen schafft, streng auseinander gehalten wissen. Dem ersten Stadium gehören Symptome an, die auf das Entstehen eines Ulcus hinweisen,

Characteristisch ist das Nachlassen des Schmerzes bei leerem Magen, das Wiederansteigen den Empfindung bei Nahrungsaufnahme, zumal festerer Speisen, während flüssige, reizlose Kost gut vertragen wird. Die Versuche, solche erst entstehende Substanzverluste durch organische Silberpräparate in Pillenform (Protargol, Largin,) zu heilen, haben F. einige gute Resultate gegeben; doch hat nur das diätetische Verfahren entschiedenen Erfolg zu verzeichnen. Solche Kranke sollen feste, ferner stark gewürzte, gepökelte und geräucherte Speisen, sowie abnorm heiße und kalte Getränke lange meiden. Die Diät ist: Früh ein Viertelliter Kuhmilch und 2—3 gut aufgeweichte Zwiebacke, Mittags schleimige Suppe mit etwas Pepton. liquid., Pürees in kleinen Mengen und leichte Mehlspeisen mit Fruchtsaft. Was an den Magenwänden haften könnte, ist zu meiden. Vespermahlzeit wie früh. Abends Hafermehlsuppe mit Ei. Zur Erquickung guten Cacao und alkoholfreie Obstweine. Im zweiten Stadium, wenn das Geschwür vorschreitet und Magenblutungen auftreten, beginnt F. mit Eismilch, die kaffeelöffelweise gereicht wird und geht dann erst allmählich zu abgekühltem Graupenschleim, der sorgfältig durchgeseiht ist, über. Erst wenn nach 4—5 Tagen sich keine neue Blutung eingestellt hat und jedes Recidiv von Schmerzattacken ausgeblieben ist. darf zu konsistenteren Suppen, nach 8 bis 10 Tagen zu weichen Eiern übergegangen werden. Als Getränk ist in dieser Zeit gut vergorenes Malzextrakt zu empfehlen. Im dritten Stadium (der Heilung), wo es sich darum handelt. die Vernarbung nicht zu stören, reichte F. zunächst einige Wochen lang einen Brei von Nestlémehl mehrmals täglich. nach zwei bis drei Wochen daneben Cakes bester Qualität (Albert oder Mazena), Schleimsuppen, nach drei bis vier Wochen anfangs gewiegtes, dann geschnittenes Geflügel, das langsam und gründlich zu kauen ist. Es folgen: Pürees. Tomaten, gewiegter Lachsschinken, lockere Mehlspeisen, Spinat, Blumenkohl, nicht zu fette Fischsorten und so wird, natürlich unter den nöthigen Kautelen, wieder zur gewöhnlichen Lebensweise zurückgekehrt.

(Aerztl. Rundschau.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber Indicationen zu chirurgischen Operationen. (Schluß z. vor. Nr.) Schwer ist die Indicationsstellung bei Perityphlitis. Da müssen wir drei große Gruppen von Fällen sondern: Die Kranken während des Anfalles, Kranke mit rezidivirender Perityphlitis, und schließlich

die mit der chroniſch-katarrhaliſchen Form. Die Indikationsſtellung in diesen Fällen ist eine verſchiedene. Während des Anfalles wird die Indikation von verſchiedenen Chirurgen verſchieden gestellt. Einige rathen, den Fall gleich im Beginne zu operiren, und zwar darum, weil die Mortalität nach der Operation eine geringere ist, als bei ausſchließlich exspektativer Behandlung.

Dieser Standpunkt ſcheint ja durch die Statistik gestützt zu sein, aber die Statistik ist nicht einwandsfrei, weil nach einem leichteren oder ſchwereren Anfall Spontanheilung zu Stande kommen kann. Dürfen wir nun diese Fälle, welche zahlreich sind, durchwegs operiren, für die eine zwingende Nothwendigkeit nicht besteht? Wir dürfen ja nicht unnöthiger Weise operiren. Wir haben auch keine Garantie dafür, daß nicht einmal ein Fall verloren geht, welcher ohne Operation genesen wäre. Wir sollen nur jene Fälle im Anfall chirurgiſch behandeln, bei denen durch die Operation eine bestehende Gefahr vermindert oder behoben wird. Diese Fälle rechtzeitig zu erkennen und rechtzeitig zu operiren, ist sehr ſchwer. Wie ſchwierig es ist, im Verlaufe die Entſcheidung zu treffen, geht ſchon daraus hervor, daß viele Chirurgen, um sich den Entſchluß zu erleichtern, willkürliche Normen aufstellen. Ich operire, sagt der eine, wenn am 4. oder 5. Tag keine Entfieberung eintritt; sobald ich einen Abſceß diagnosticire, operire ich, sagt der andere; wenn der Anfall länger als zwölf Tage dauert, sagt der dritte. Bei allen ist es eigentlich das Bestreben, die mangelnde Beobachtung durch ein willkürlich gewähltes Mittel zu ersetzen.

Bei den recidivirenden Formen der Perityphlitis operiren wir nicht wegen der momentanen Gefahr, sondern wegen der zukünftigen. Da ist die Indikation wohl leichter zu stellen. Die Vorsicht, welche angewendet wird, um die Entstehung eines Anfalles zu verhüten und die Wechselfälle, die möglich sind, die gefährden das Leben und da kann man von einer procentualen Lebensgefahr für den einzelnen sprechen. Infolgedessen entſchließen sich diese Kranken auch leichter zur Operation.

Die sogenannten chroniſch-katarrhaliſchen Formen sind in Bezug auf die direkte Lebensgefahr die relativ günstigsten. Ohne Operation bleibt ein solcher Kranker ungesund und weniger arbeitsfähig und in diesen Fällen erwächst die Indikation zur Operation aus der gequälten Existenz und der günstigen Prognose.

Vor einer prophylaktiſchen Operation hat man immer die Wahrſcheinlichkeit des Eintretens eines unerwarteten ungünstigen Vorfalles zu erwägen. Bei der Radikaloperation der nicht inkarcerirten Hernie ist die Gefahr eine geringere, wie bei allen mit antiseptiſchen Kautelen ausgeführten neueren

Operationen. Die Indikation für die Operation einer freien Hernie ist keine absolute, sondern sie wird von den Kranken selber gestellt. Bei jungen Menschen wird jede körperliche Bethätigung durch die Hernie eingeschränkt, bei Arbeitern die Arbeitsfähigkeit, bei Armen sind es die Kosten des Bracheriums, welche es ihm wünschenswerth machen, von Leiden befreit zu werden, bei anderen die Scheu, als körperlich nicht intakt zu gelten.

Der Ausdruck „Radikaloperationen" wird jetzt zuweilen in einem anderen Sinne gebraucht, als in früheren Zeiten. Früher verstand man darunter solche Operationen, welche eine Recidive mit Sicherheit zu verhindern im Stande waren. Jetzt dehnt man den Ausdruck auch auf Eingriffe aus, wo nicht nur erkrankte Theile, sondern das ganze anatomische Substrat eines Specialgebietes eliminirt wird. Die Indikationen zu solchen Operationen werden vom Standpunkte des Kranken nicht immer zu rechtfertigen sein.

Es gibt nun eine Reihe von Operationen, welche nicht als radikale bezeichnet werden können und doch mit Recht geübt werden. Es wird durch solche Operationen, oft ein Leiden erträglicher gemacht, sie beleben die Hoffnung des Kranken, sie verlängern sein Leben, oder sie vernichten ein Krankheitsdepot und ermöglichen die Heilung. Dieser Art sind alle Operationen bei tuberkulösen Prozessen. Der Organismus kann dann leichter die Tuberkulose überwinden und dieses Ueberwinden findet unter günstigeren Verhältnissen statt, welche eben durch die Operation geschaffen werden. „Ich finde noch eine Indikation, bei tuberkulösen Processen zu operiren, auch wenn ich weiß, daß diese Processe nach Jahren spontan heilen können; diese Indikation ist das jugendliche Alter der Kranken." Wenn ein junger Mensch an einem tuberkulösen Erkrankungsherd leidet, so geht für ihn damit die schönste Zeit des jugendlichen Alters verloren und wenn man dies durch eine Operation verhindern kann, so ist der Preis hiefür kein zu geringer.

Manches Mammacarcinom, welches sich für die Operation wegen Mitbetheiligung der Drüsen nicht eignet, kann zum Gegenstand einer Paliativoperation werden. Wenn der Tumor exulcerirt ist, und man es machen kann, daß die Kranke dann kein Geschwür mehr hat, so hat sie dadurch einen wesentlichen Gewinn, weil sie in dem wieder möglich gewordenen Verkehr mit Menschen wieder ihres Leidens vergessen kann.

Die Beurtheilung des Werthes und der Nothwendigkeit mancher Operationen von seiten der Aerzte ist sehr auffallend verschieden. Um bloß ein Beispiel anzuführen, wurde die Nephropexis, die Fixirung der Wanderniere, von den

verſchiedensten Chirurgen geübt und methodiſch ausgebildet. Während nun der eine diese Operation höchstens ein- bis zweimal im Laufe der Jahre auszuführen sich bestimmt findet, erklären manche, über 100 Fälle in 1 — 2 Jahren ausgeführt zu haben.

Die Indikation für plastiſche Operationen hängt immer von der Art des Leidens ab. Bald ist ein Defekt zu heilen, welcher eine Funktion erſchwert, oder den Kranken so entstellt, daß sein Fortkommen behindert wird. Manchmal operirt man auch wegen vermeintlicher Defekte, wegen kleiner Unvollkommenheiten, welche nur den Träger deprimiren und dieser Umstand gibt eigentlich die Indikation; man heilt hier eine Störung des psychiſchen Gleichgewichtes durch eine kleine Operation. So hat G. z. B. bei jungen Mädchen, welche sich einbildeten, abstehende Ohren zu haben, die kleine Operation ausgeführt.

Für die rein suggestiven Operationen, die Scheinoperationen, ist wohl nie eine Indikation vorhanden und man hat auch noch nie davon dauernden Nutzen gesehen.

Die Kontraindikationen gehören natürlich zu den Indikationen. Wir verstehen darunter jene Umstände, welche die Prognose der Operation und die Prognose des Krankheitsfalles ungünstig zu beeinflussen im Stande sind. Einzelne davon haben meistens einiges an Gewicht verloren, so die Gravidität und der Diabetes. Es werden von manchen Aerzten Herzfehler, auch kompensirte, als Verbot für die Narkose angesehen und das geſchieht nicht mit Recht, denn die Narkose ist nur für jene Herzen gefährlich, deren Muskulatur degenerirt ist. Jene Degenerationen gerade, welche die Narkose gefährlich machen, können wir leider nicht diagnosticiren.

Die Abſchätzung der Bedenken gegen eine Operation hängt nicht von der Statistik ab, sondern oft von der Individualität des Arztes. Zwiſchen jenem, der jeden Fall rücksichtslos operirt und jenem, der nur dann operirt, wenn der Erfolg sicher ist, gibt es zahlreiche Abstufungen. Das individuelle Moment spielt in der gesammten ärztlichen Thätigkeit eine sehr große Rolle, welche sehr häufig unterſchätzt wird. Könnte man dieses Moment eliminiren, so wäre unser Handeln halb Wissenſchaft, halb Handwerk. Aber die Individualität fügt noch etwas hinzu und durch dieses Etwas wird Wissenſchaft und Handwerk zur ärztlichen Kunst.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Zur Bedeutung, Behandlung und Prophylaxe der Retroflexio uteri. Von Dr. L. Schaller, Frauenarzt in Stuttgart (Sep.-Abd. Würt. Corr.-Bl. 99).

Aus der sehr lesenswerthen Arbeit greifen wir zwei Punkte heraus, in denen noch häufig Mißgriffe gemacht werden, nämlich die Pessarbehandlung der Retroflexio uteri und die Prophylaxe. Die orthopädiſche Pessartherapie sollte die weitaus dominirende Heilmethode der Retroflexio sein, da sie außerordentlich segensreich wirken kann, wenn sie frühzeitig genug und sachgemäß zur Anwendung kommt. Sie ſchlägt durchaus in die Domäne des praktiſchen Arztes und ihre „Erfolglosigkeit" geht häufig nur von falſchen Prämissen aus: wie häufig wird ein Pessar eingelegt, ohne vorherige Reposition, wie oft werden Pessare bei fixirten Uteris applicirt, wie oft liegt das Pessar verkehrt mit der Konvexität nach oben, wie oft liegt der hintere Bügel vor der Portio, statt im hinteren Scheidentheil. Sehr häufig werden Pessare eingelegt, wo gar keine Retroflexio vorhanden ist; am häufigsten kommt dies vor bei der Retropositio uteri cum anteflexione. Ein außerordentlich häufiger Fehler ist ferner die Verwendung zu großer Ringe, welche dann ſchließlich Dekubitalgeſchwüre verursachen und die alsbaldige Wiederentfernung nothwendig machen. So dankbar die Pessartherapie ist, so ſchwierig ist ein rationelles Vorgehen und die Auswahl eines gut passenden Pessars. Das verbreitetste Pessar ist wohl das Hodge'ſche, mit dem man in leichteren Fällen zweifellos ganz gut auskommt. Eine viel stärkere dynamiſche Wirkung übt das Thomaspessar aus, das den Douglas mächtig empordrängt und mit seinem hinteren Bügel einen direkten Druck auf die hintere Uteruswand ausübt. Es hat nur den Nachtheil, daß es das hintere Scheidengewölbe zu stark dehnt und gar nicht selten beim Coitus hinderlich ist. Bei kurzem, straffem, hinterem Scheidengewölbe findet es deshalb besser keine Verwendung. Ausgezeichnetes, namentlich bei ſchlaffem Beckenboden und ſchlechtem Scheidenſchlußmaterial, leistet die Schultz'ſche Acht, welche die Portio direkt hinten fesselt. Ihre Applikation setzt eine gut formirte Portio voraus. Ein Nachtheil derſelben ist, daß die Kupferdrahtgummipessare starken Fluor machen, und daß sich die Hartgummi- und Celluloidpessare unter dem Einfluß der Körperwärme dicht an der Kreuzungsstelle der beiden Kreise öffnen. Auch der Schultzeſche Schlitten ist ein gutes Pessar, besonders nützlich bei bedeutender Schlaffheit, Descensus und Prolaps der vorderen Vaginalwand mit Cystocele. Neuerdings wendet Sch. mit großer Befriedigung fast ausſchließlich das Walcher'ſche

Pessar an, dessen vordere Bügel an der Hinterfläche der absteigenden Schambeinäste zu beiden Seiten des Harnröhrenwulstes zwei so vortreffliche Stützpunkte findet gegen eine im rechten Winkel dazu gestellte, d. h. in der Richtung der Scheidenachse vordringende Kraft. Mit einem dieser Pessare wird man in der größten Zahl der Fälle zum Ziele gelangen. Eine Operation kommt jedenfalls erst in Frage, wenn aus äußeren oder anatomischen Gründen eine Pessarbehandlung nicht durchführbar ist. Es gibt eine, wenn auch geringe Anzahl von nicht fixirten Retroflexionen, die durch ein Pessar in der That nicht korrigirbar sind, so bei zu großem, schlaffem Uteruskörper, kleiner Portio, zu kurzer, weiter und schlaffer Scheide oder bei Vorhandensein von parametrischen Narbensträngen. Weiterhin ist die Pessartherapie kontraindicirt bei fixirten Uteris, in specie bei chronischer Adnexerkrankung mit pelveoperitonitischen Prozessen. Soviel über die Pessarbehandlung! Was nun die Prophylaxe anbetrifft, so wird auch in diesem Punkte noch vielfach gesündigt. Weitaus das Hauptkontingent von Retroflexio wird bekanntlich durch das Wochenbett, sei es nach rechtzeitiger Geburt oder Abort, geliefert. Es sollte deshalb jede Wöchnerin am 10.–12. Tage untersucht werden, weil die frische puerperale Retroflexio höchstens außer blutigem Fluor keinerlei Symptome macht. Nur so wird man durch frühzeitige Applikation eines Pessars eine Dauerheilung erwarten können. Zur Prophylaxe der Entstehung einer Retroflexio puerperalis gehört neben der Sorge für regelmäßige Entleerung von Blase und Mastdarm, auch eine gute, kräftige Ernährung; die Wassersuppendiät unserer Großmütter sollte definitiv über Bord geworfen werden. Von großer Wichtigkeit ist es ferner, die Wöchnerin schon vom fünften Tage ab Seitenbauchlage einnehmen zu lassen.

Ueber das Stypticin bei Gebärmutterblutungen. Von Priv.-Docent Dr. S. Gottschalk-Berlin. Die Therapie der Gegenwart, 9. Heft. 1899.

Das Stypticin ist identisch mit dem aus dem Opiumalkaloid „Narcotin“ gewonnenen Cotarnin. hydrochloricum. Es ist ein in Wasser leicht lösliches gelbes Pulver, welches dem Hydrastinin chemisch sehr nahe steht und sich gegen manche Formen von Gebärmutterblutungen wirksam erwiesen hat. Gegenüber dem Secale cornutum und der Hydrastis canadensis mit ihren Präparaten hat das Mittel den Vorzug, selbst in großen Gaben frei von üblen Nebenwirkungen zu sein und mit der hämostatischen eine sedative Wirkung zu verbinden. Da Menorrhagien häufig von Schmerzempfindung begleitet sind, so fällt dies letztere Moment sehr in die Wagschale. — Die gewöhnliche Einzelgabe ist 0,1, vier bis

fünfmal täglich gegeben, jedoch sind subcutane Injectionen von 2 g einer 10%igen wässerigen Lösung — am besten beiderseits tief in die Glutaei — viel wirksamer, als die innerliche Darreichung des Mittels. — Das Medicament ruft nicht, wie das Secale cornutum, Wehen hervor, vielmehr scheint seine Wirkung eine centrale zu sein, es wirkt auf die Respirationscentren des Gehirns und Rückenmarks, sowie auf den Sympathicus; es verlangsamt die Athembewegung und erniedrigt secundär den Blutdruck. Damit ist es gegeben, daß das Stypticin keineswegs als ein Universalmittel gegen Gebärmutterblutungen angesehen werden darf, sondern seine ganz bestimmten Anzeichen besitzt. In allen Fällen, wo die Gebärmutterhöhle einen fremden, bezw. fremd gewordenen Inhalt einschließt, wie Eireste nach Abort, Schleimhautpolypen, fungöse Verdickung der Schleimhaut, Uterusmyome, läßt das Mittel im Stiche, bis dieser Inhalt operativ entfernt ist.

Wirksam ist das Stypticin:

1. Bei rein klimakterischen Blutungen. Zu warnen ist hier vor Uebersehen von Neubildungen etc. Jede sogenannte klimakterische Blutung, welche nach längerer Amenorrhoe, etwa nach $^3/_4$—1 Jahr, in stärkerer Weise auftritt, ist verdächtig auf Malignität, und man thut gut, in jedem solchen Falle eine genaue gynäkologische Untersuchung eintreten zu lassen.

2. Bei Blutungen in Folge schlechter Rückbildung der Gebärmutter nach Abort und Geburt, ohne daß Eireste oder Placentarreste an dieser Subinvolutio schuld sind, vielmehr ein abnorm gesteigerter Blutdruck die Veranlassung zum Andauern der Blutungen bildet. Hier hilft die subcutane Injection von 0,2 Stypticin oft prompt. Bei atonischen Blutungen, welche auf mangelhaften Verschluß der bei der Loslösung der Placenta eröffneten Placentarvenen beruhen, ist Secale cornutum in großen Dosen mit heißen Scheidenspülungen vorzunehmen. Dagegen ist wiederum das Stypticin am Platze, wenn die Subinvolitio durch ein entzündliches para- oder perimetrisches Exsudat hervorgerufen ist.

3. Bei reflektorischen (secundären) Blutungen, d. h. Blutungen, welche durch Erkrankung der Adnexe oder des Parametriums ausgelöst werden, ohne daß der Uterus selbst miterkrankt ist.

4. Bei congestiven Blutungen junger Mädchen, ohne pathologisch-anatomisches Substrat. Hier empfiehlt es sich besonders schon prämenstruell, das Mittel einige Tage gebrauchen zu lassen.

5. Bei Myomen verdient das Mittel mit den im Eingange erwähnten Einschränkungen ausgedehntere Verwendung.

6. Bei Blutungen in der Schwangerschaft, solange noch keine Uteruscontractionen vorhanden sind. Einzelne Autoren wollen auch bei schon eingeleiteter Wehenthätigkeit durch die ausschließliche Anwendung des Stypticin den drohenden Abort aufgehalten haben.

(Die ärztliche Praxis.)

Verschiedenes.

Ueber das Gießener Dammschutzverfahren. Von K. Ploch. (Inaug.-Diss., Gießen, 1897.) Die Kreißende nimmt, so lange sie mitpressen soll, die Rückenlage ein; bleibt dann der Kopf auch in der Wehenpause sichtbar, so läßt man die Frau sich auf die linke Seite legen; die rechte Hand kommt an den Damm und hebt den Kopf von demselben aus allmälig empor, die linke, die über die rechte Hüfte geführt ist, legt sich auf den sichtbaren Theil des Schädels und hält diesen zurück; zugleich schiebt sie den vorderen Saum der Schamspalte nach und nach über die geborenen Theile des Schädels zurück. Die rechte Hand stützt den Damm auch während des Durchtritts der Schultern und Hüften. Die mit diesem Verfahren erzielten Erfolge in der Gießener Klinik sind völlig befriedigende.

Unguentum domesticum nennt Unna eine Emulsion von Eigelb mit Mandelöl resp. Arachisöl im Verhältniß von 20 : 30, nach Art einer Mayonnaise, welche die Eigenschaft besitzt, der Haut gut zu adhäriren und zu einem festen Firniß einzutrocknen. Mit diesem, durch 1% Perubalsam haltbar gemachten Unguentum domesticum, lassen sich zu guten Salben verarbeiten Perubalsam, Styrax, Ol. cadinum, Pix. liquida, Liantral, Ichthyol, Talcum, Amylum (sämmtlich bis zu 10%), Plumb. acetic. 5%. Liq. plumbi subacetic. 10%, Sublimat $^1/_2$%, Schwefel 10% (auf Schwefelzusatz entwickelt die Salbe einen eigenthümlichen Geruch, der durch Zusatz von Campher vermieden werden kann), Campher 10%, Essig 33$^1/_2$%, Kalkwasser 10%, Bleiwasser 50%. Mit den letzten Körpern giebt das Ung. domesticum linimentartige Präparate.

Ung. domesticum verträgt sich nicht mit Carbolsäure, Resorcin, Pyrogallol, Natrium salicylicum. Ebenso wenig vertragen sich mit der Eigelbsalbe die gerbenden Stoffe, sowie die meisten Metallsatze und Metalloxyde, u. a. Zinkoxxd, Quecksilberoxyd, weißes Präcipitat u. s. w.

(Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. 29, Heft 8.)

Ueber den Stand der unteren Lungengrenze und den Spitzenstoss beim gesunden Menschen. Mit wenigen Ausnahmen geben die meisten Lehrbücher an, daß die rechte untere Lungengrenze bei gesunden Erwachsenen mittleren Alters in der Mammillarlinie am oberen oder am unteren Rande der 6. Rippe sich befände. Bei der Untersuchung von 100 gesunden Menschen fand Schulteß die untere Lungengrenze in der rechten Mammillarlinie 61 Mal am oberen Rande der 7. Rippe, 15 Mal im 6. Intercostalraume und 24 Mal am unteren Rande oder auf der 6. Rippe. Auch über den Stand der unteren Lungengrenze am linken

Sternalrand herrscht keine einheitliche Auffassung. Während ältere Autoren den Beginn der absoluten Herzdämpfung an der 4. Rippe fanden, nehmen andere an, daß der laute Lungenschall erst an der 5. Rippe völlig aufhöre. Schultheß fand die untere Lungengrenze am linken Sternalrand in 66 Fällen am oberen Rande der 5. Rippe, 22 Mal im 4. Intercostalraum und 12 Mal auf der 4. Rippe. Vergleicht man den Stand der rechten und linken Lunge bei den einzelnen Personen, so ergibt sich, daß nicht immer ein tiefer Stand rechts auch mit einem tiefen Stand links verbunden ist. Die Beschäftigung ist im Allgemeinen auf den Stand der Lungengrenzen ohne Einfluß, Bedeutung kommt aber der Thoraxform zu. Als Stelle des Spitzenstoßes wird im Allgemeinen der 5. Zwischenrippenraum genannt. In Wirklichkeit fand S. bei 50 weiblichen Personen 31 Mal den Spitzenstoß im 5. Intercostalraum in der der Mamillarlinie des Mannes entsprechenden Vertikalen. In 6 Fällen war er nach außen gerückt und nur in 7 Fällen innerhalb dieser Linie. 6 Mal befand sich der Spitzenstoß im Intercostalraum.
(Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 60, Hft. 2—3. — Med. Neuigk. Nr. 21.)

Der Borsäureschnuller, eine neue Behandlungsmethode des Soor. Von Prof. Dr. Th. Escherich - Graz. (Die Therapie der Gegenwart. 7. Heft. 1899.) In der Säuglings - Abtheilung der Grazer Pädriatischen Klinik herrschte als gefürchtete Plage der Soor. Die meisten Kinder werden mit Soor eingeliefert oder acquiriren denselben im Laufe ihres Spitalaufenthaltes. Der Soor kann keineswegs als harmlose Erkrankung angesehen werden; denn, abgesehen von dem tiefen Eindringen der Soorfäden in Geschwüre, sieht man in seinem Verlaufe durch die begleitende Coccenmischinfection schwere entzündliche Veränderungen der Mundschleimhaut, Verschlimmerung der Darmaffection und septische Zustände, endlich eine direkte Behinderung des Schlingactes durch Membranbildung im Oesophagus eintreten. So ist es begreiflich, daß eine nicht geringe Anzahl von Todesfällen der Säuglinge als eine mittelbare oder unmittelbare Folge dieser Erkrankung aufzufassen ist. Die Prophylaxe und Behandlung des Soor befriedigte bisher im Ganzen wenig. Es ist daher dankenswerth, wenn uns ein Mittel in die Hand gegeben wird, welches die Beseitigung der Sooraufiagerung und die Verhinderung ihrer Wiederkehr ermöglicht. Ein solches glaubt E. in dem Borsäureschnuller gefunden zu haben. Derselbe besteht aus einem Bäuschchen sterilisirter Watte, je nach Alter und Geschmack des Kindes etwas größer oder kleiner, der mit fein pulverisirter Borsäure, der etwas Saccharin zur Geschmacksverbesserung zugesetzt ist, beladen wird, so daß etwa 0.2 gr des Pulvers daran haften bleibt. Das Bäuschchen wird alsdann in ein aus Seide oder feinem Battist geschnittenes sterilisirtes Läppchen eingebunden und dem Kinde gereicht. Alle 24 Stunden wird ein neuer Schnuller genommen. Das Bäuschchen soll, wenn das Kind es nicht gebraucht, in einem reinen Glasgefäß mit Deckel aufbewahrt werden. Auf die Erde gefallene Schnuller dürfen nicht wieder benutzt werden. — Unter den Saug- und Kaubewegungen löst der Speichel allmählich das Pulver, und langsam und continuirlich tritt das Medicament aus dem Schnuller in den Mund über. Der Erfolg ist bei gut saugenden Kindern ein zauberhafter. Nur in jenen Fällen war die Behandlung ohne Wirkung, wo der Soor bei moribunden Kindern unaufhaltsam die Mund- und Rachenschleimhaut überzog und jede Mithilfe seitens des Kindes (Speichelsecretion, Saugbewegung) fehlte. Die vorstehend skizzirte Behandlungsart verdient in der Praxis erprobt zu werden.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr* prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 3. XXXXI. Jahrgang 25. März 1900.

Diese Zeitfchrift erfcheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber Extractum Thymi; Originalartikel von Prof. Dr. Ernst Fifcher in Straßburg. Beiträge zum Gebrauche des Amylenhydrates bei Diabetes insipidus; Originalartikel von Dr. W. Niessen in Bad Neuenahr. — Ueber die therapeutifche Verwendung der Glutoidkapseln. Die fchmerzstillende Wirkung des Aspirin. — Lassen sich Influenza und deren fchwere Complicationen coupiren? Die Behandlung der acuten Gonorrhoe des Mannes. — Ein Fall von Wiederanheilung eines größeren, ohne Hautbrücke abgetrennten Fingerstückes. — Soll die Perforation stets mit der Extraction verbunden werden? Ueber die Behandlung der Eklampsie. — Zur Bekämpfung des Herzcollapses bei acuten Infectionskrankheiten. Apoplectifche sind im Coma seitlich zu lagern.

Ueber Extractum Thymi.

Originalartikel von Prof. Dr. Ernst Fischer in Straßburg.

Nachdem ich in No. 27 der deutfchen medic. Wochenfchrift vom 7. Juli 1898 einen Aufsatz über Taeschners Pertussin (Extractum thymi saccharatum) veröffentlicht, in welchem ich diesem Mittel hervorragende krampfstillende und fchleimlösende Eigenfchaften bei innerlichem Gebrauch zusprach und es zur Bekämpfung nicht nur des Keuchhustens, sondern auch der vielfachen Catarrhe der Respirationsorgane, des Emphysems, der Pneumonie im Stadium der Lysis, des Croup und der Diphtheritis u. a. empfahl, habe ich dieses Mittel seither in einer großen Zahl von Fällen weiter erprobt, deren Resultat ich in Kurzem mittheilen möchte. Ich fchicke voraus, daß das Taeschner'sche Pertussin sowohl hier in Straßburg als anderwärts von den Herren Apothekern durch eigens angefertigte Thymianpräparate vielfach ersetzt wurde. So z. B. richtete ein hiesiger Apotheker, Herr Schaute, ein mit Honig versetztes Präparat her, welches er Thymiansyrup nennt. Ich habe dieses Präparat oft versucht und seine Wirkung gleich der des Taeschner'schen Pertussin gefunden. Auf meine Nachfragen bei hiesigen Aerzten, welche Erfahrungen sie mit dem Pertussin gemacht, sagte der eine, er habe es in mehreren Hundert Fällen verfchiedener Affektionen der Respirationsorgane fast ausnahmslos hervorragend wirksam gefunden. Ein anderer erklärte, er könne dieses Mittel absolut nicht wirksam finden. Als ich

zu seinem Apotheker kam, um das Präparat zu besichtigen. hörte ich von diesem, daß er das Original-Pertussin überhaupt nicht habe, sondern stets auf ärztliche Verordnung ein wässriges Infusum von Quendel herstellte. Ich überzeugte mich, daß dieses Infusum ganz schwach nach Thymian roch und fand es sehr natürlich, daß es keine Wirkung entfaltete.

In der ersten Hälfte des Jahres 1899 schickte mir ein schwarzwälder Bonbonfabrikant eine Probe Thymianbonbons. welche sich sehr gut nehmen lassen, aber viel zu wenig Thymian enthalten, um wirksam zu sein.

Seit etwa einem Jahre nun hat mir Herr Apotheker Dr. Richard Saur in Schwarzenbeck in Lauenburg ein concentrirtes Extractum thymi alcoholicum hergestellt, welches an Thymiangehalt das Taeschner'sche und das Schaute'sche Präparat um das 7—10fache übertrifft. Dasselbe ist ein Fluidextrakt; es nimmt sich in Zuckerwasser oder süßem Thee sehr gut, ist sogar wohlschmeckend und entfaltet eine vorzügliche Wirkung. Die Dosis ist 3 — 6 Kaffeelöffel voll pro Tag. Ich habe es nicht nur in allen Fällen, wo ich Pertussin angewendet hatte, stets bewährt gefunden, sondern ich kann es auch ganz Besonders zur Bekämpfung der Influenza empfehlen. In einigen Fällen von Hämoptoe bei beginnender Phthisis pulmonum stillte es sofort den Blutauswurf und besserte den Catarrh der Lungenspitzen. Ich glaube, daß es bei Disposition zu Lungentuberkulose sowohl prophylaktisch, als nach dem Ausbruch des Lungenprocesses besonders in seinen Anfangsstadien eine heilsamere Wirkung entfaltet, als die bisherigen einschlägigen Medikamente.

In letzter Zeit habe ich das Saur'sche Extractum thymi auch bei tuberkulösen Herden in Knochen und Gelenken versucht, bin jedoch bis jetzt zu keinem entscheidenden Resultat gekommen.

Die Thymianpräparate haben nach meinen bisherigen Erfahrungen absolut keine schädlichen Nebenwirkungen, sie dürfen deshalb gegebenenfalls in viel größeren, als den oben angegebenen Dosen genommen werden. Ich habe jedoch die obigen Dosen bisher ausreichend gefunden.

Beiträge zum Gebrauche des Amylenhydrates bei Diabetes insipidus.

Originalartikel von Dr. Wilh. Niessen in Bad Neuenahr.

Außer der Anwendung des Amylenhydrates als Schlafmittel, sowie verschiedener Versuche mit demselben bei Epilepsie (Wiedermuth, Umpfenbach), die zwar keine voll-

ständig befriedigenden Erfolge ergaben, aber doch einen gewissen Einfluß des Mittels auf die Anzahl und Schwere der Anfälle nicht verkennen ließen, scheint man (soweit mir die Literatur zugängig ist) die Empfehlung H. Brackmanns, einen Versuch mit demselben bei diabetes insipidus zu machen wenig nachgekommen zu sein.

Brackmann machte seine Beobachtung bei einem Geisteskranken, welcher an diabetes insipidus litt, und wegen Schlaflosigkeit Abends 2,5 g Amylenhydrat erhielt. Unter Besserung des Allgemeinbefindens, Nachlassen des vorhandenen Durstgefühls ging nach 6 Tagen die Harnmenge von 7000 ccm auf 3000 ccm zurück, respective nach weiteren 6 Tagen auf 2000—2800 ccm, um beim Aussetzen jedoch wieder auf 8000 ccm zu steigen. Neue tägliche Dosen von 2 g drückten die Urinmengen in acht Tagen wieder auf 2400 ccm, um alsdann nach drei Wochen auf einer Höhe von 5000—6000 ccm stehen zu bleiben. Ebenso war der Durst weniger. Dieser Befund gab mir Veranlassung, die Wirkung des Amylenhydrates bei einigen meiner Patienten, die an Diabetes insipidus litten, zu erproben.

Zunächst möchte ich einen Fall erwähnen, bei welchem die Behandlung vor $2^1/_2$ Jahren mit verhältnißmäßig kleinen Dosen Amylenhydrat eingeleitet wurde und bei welchem sich bis jetzt keinerlei Symptome, weder Durstgefühl noch Polyurie wieder gezeigt haben.

Im Jahre 1897 kam Frau M., 38 Jahre alt, zur Consultation mit der Bemerkung, daß sie schon seit zwei bis drei Jahren über starken Durst klage; der Urin sei verschiedentlich untersucht worden, aber niemals Zucker oder Eiweiß gefunden worden. Besonders belästige sie ein häufiger Urindrang in der Nacht, der auch bestände, wenn sie keinerlei Flüssigkeiten genossen habe. Außer daß einige entferntere Verwandte an Schwindsucht gestorben, war eine hereditäre Belastung besonders von Zuckerkrankheit nicht vorhanden. Sie selbst führte ihr Leiden auf ziemlich aufreibende Krankenpflege ihres verstorbenen Gatten und geschäftliche Ueberanstrengungen etc. zurück.

Die vorgenommene körperliche Untersuchung ergab keine nachweisbaren, besonderen Abweichungen von der Norm.

Die an drei aufeinander folgenden Tagen gesammelte Urinmenge betrug 3800, 3750, 4000 ccm bei einem spezifischen Gewichte von 1,002; kein Zucker, kein Albumen. Da nach meiner Ansicht eine nervöse Ueberreiztheit in dem Vordergrund des Krankheitsbildes stand, machte ich zunächst den Versuch mit zweimal täglich 1,0 Bromkali. Nach sieben Tagen ergab die Urinuntersuchung, 24stündige Menge 4250 ccm, spec. Gewicht 1,016, 0 Zucker 0 Albumen. Die

subjectiven Erscheinungen bestanden noch gleichmäßig f
Daraufhin wurde Amylenhydrat verordnet und da ich glau
daß die Magenthätigkeit unter dem Gebrauche desse
leiden könne und auch die hypnotische Wirkung sich n
allzusehr geltend machen sollte, Abends 1 gr und zu
sechs Tage lang. Nach vier Tagen berichtete Pat. sch
daß sie deutlich eine Abnahme des Durstes bemerke
auch die Nacht durchschlafe, ohne gezwungen zu sein,
Blase zu entleeren. Die am sechsten Tage vorgenomme
Untersuchung ergab: 24stündige Harnmenge 2000 c
spec. Gewicht 1,015, 0 Zucker, 0 Albumen. Gleich dar
trat Pat. aus der Behandlung und sah ich dieselbe nach
Jahren, am 20. Juli 1899 wieder. Mit Freuden meldete
mir, daß bis jetzt keines der früheren Symptome des
standenen Diabetes insipidus sich wieder eingestellt ha
sodaß sie nicht nöthig gehabt habe, die frühere Medicat
zu wiederholen. Sie habe auch körperlich zugenomm
sich wieder zum zweiten Male verheirathet, ein gesund
Kind geboren und sei wieder im dritten Monate schwang

Die am 24. Juli ohne jegliche Einschränkung der g
wöhnlichen Lebensweise vorgenommene Urinuntersuchu
ergab: 24stündige Harnmenge 2200 ccm. spec. Gew. 1,0
0 Zucker 0 Albumen. Leider musste Pat. die Cur unte
brechen, sodass eine weitere Beobachtung nicht mehr stat
finden konnte.

In einem zweiten Falle, bei welchem die Untersuchun
leider nicht lange genug fortgeführt werden konnte, um z
einem abschliessenden Urtheile zu kommen, konnte ich con
statiren, dass nach 3×1,0 Amylenhydrat die 24 stündig
Harnmenge bei gleicher Lebensweise von 4000 ccm au
2500 ccm. herabging.

Bei einem dritten Patienten, Herrn S., welcher am fog
intermittirenden diabetes mellitus litt, bei dem aber de
Zucker bei mittlerer antidiabetischer Kost schon länger
Zeit verschwunden war, hatten sich trotzdem die Symptome
der Polyurie nicht wesentlich verloren, sodaß derselbe be
sonders des Nachts unangenehm davon gestört wurde. Die
vom Pat. selbst öfters gemessene 24stündige Harnmenge
schwankte zwischen 3500—4000 ccm, das spec. Gewicht
zwischen 1,011—1,015.

Zur Probe wurde bei möglichst gleicher Lebensweise
an zwei aufeinanderfolgenden Tagen die 24stündige Harn
menge bestimmt, und es fand sich 3100 bezw. 3500 ccm.
An den beiden folgenden Tagen wurden unter denselben
Verhältnissen 2,0 Amylenhydrat (Morgens und Abends je 1,0
genommen. Die Untersuchung ergab 24stündige Harnmenge
2300 ccm spec. Gew. 1,015 0 Zucker 0 Albumen.

Aus den erwähnten Beobachtungen geht unstreitig hervor, daß die Anwendung des Amylenhydrates in ziemlich kleinen Dosen bei den Symptomen der Polyurie und Polydipsie in manchen Fällen eine Besserung der letzteren bewirken kann, ja daß in meinem zuerst erwähnten Falle diese Besserung sämmtlicher vorhandenen Symptome ein nachhaltende sein kann. Besonders hervorheben möchte ich noch die kleine Dose des Mittels, welche angewendet wurde, die aber genügte, um die gesteigerte Urinmenge herabzusetzen. Auch machten sich keinerlei besondere Beschwerden geltend. Allerdings ist der Geschmack des Amylenhydrates nicht gerade angenehm. Ein wenig an Kampfer erinnernd, hat es einen kühlenden pfeffermünzartigen Nachgeschmack, den man gewöhnlich als brennend oder scharf bezeichnen hört. Manchmal stellt sich auch ein Brennen im Halse ein, welches noch am folgenden Morgen sich bemerkbar macht, und waren auch die Klagen über öfters unangenehmes Aufstoßen ziemlich regelmäßig. In der ersten Zeit verordnete ich das Medicament in Gelatinkapseln und ließ etwas Wasser nachtrinken; ging aber bald hiervon ab. Da das Amylenhydrat sich bekanntlich schlecht mit Wasser mischt, ist auch die Verordnung in Mixturen unzweckmäßig und kann, wie Dietz mittheilt, unter Umständen zu Intoxikationen Veranlassung geben. Zweckmäßiger ist die Verwendung von Rothwein, dem man etwas Zucker zufügt oder am einfachsten in einem nicht zu großen Glase Bier, wobei es sich zur genaueren Dosirung empfiehlt, die gewünschte Menge in Gelatinekapseln zu verordnen und in die Flüssigkeit einzulegen.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Mittheilungen über die therapeutische Verwendung der **Glutoidkapseln** macht Prof. Sahli (Bern). Um Medicamente nur im Darm wirken zu lassen, standen uns bisher einwandsfreie Wege nicht zur Verfügung. Denn das Keratiniren (Keratinpillen und Kapseln) und das Ueberziehen von Pillen mit Salol, mit Harzen, mit Wachs oder Fett oder mit Gelatine war für diese Zwecke nicht brauchbar. Erst das Glutoid (Gelatine, welche durch Formol gehärtet ist) als Pillen oder Kapselhülle entspricht allen Anforderungen. Je länger die Härtung erfolgt, um so langsamer werden die in Glutoid verabreichten medicamentösen Stoffe resorbirt, da je nach dem Härtungsgrade im Magendarmcanale die Auflösung der Glutoidkapseln resp. Pillen erfolgt. Die Hausmann'sche Fabrik in St. Gallen bringt sie in den Handel, indem für jedes Medicament durch ausserordentlich zahlreiche, eingehende

und mühevolle Versuche in vitro und am Menschen von Sa. für nöthig erachteten Härtungsgrade. Aeusserlich unterscheiden sie sich nicht von den gewöhnlichen Gelatinkapseln. Zur Erleichterung des Verschluckens werden die grösseren in elastischem Zustande hergestellt.

Zu therapeutischen Zwecken bringt nun die Hausmannsche Fabrik Glutoidkapseln nach Angaben von Sahli in den Handel, bei denen es sich darum handelt, das eingeschlossene Medicament vor der Einwirkung des Magensaftes zu schützen. Hierzu gehören: Pankreatinglutoidkapseln, solche mit Magnesia usta, um den Darminhalt weniger sauer oder stärker alkalisch zu machen; mit Fel tauri concentratum, um die Gallensecretion zu unterstützen oder zu ersetzen; ferner solche, um auf den Darminhalt antiseptisch zu wirken: Calomel-, Silbersalz-, Chloroform-, Chinin-, Naphtalin-, Salol-, Betanaphtolglutoidkapseln etc. Schließlich solche, um den Magen vor der schädigenden Einfluß des Medicaments zu schützen. Als dieser Art zugehörig seien erwähnt: Glutoidkapseln und Pillen mit Eisenpräparaten, mit ätherischen Oelen, Balsamen, Kreosot etc. Die empfohlenen Glutoidkapseln und Pillen entsprechen allen Anforderungen, die man an sogenannte Dünndarmkapseln und Pillen stellen muss, d. h. sie passiren wie Sahli's zahlreiche Versuche bewiesen haben, ungelöst den Magen und werden in der That im Darm zur Lösung gebracht.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin, Bd. 61 H. 5/6.)

Die schmerzstillende Wirkung des Aspirin. Von Dr. R. Weil (Berlin.) Das Aspirin (der Essigsäureester der Salicylsäure) äußert, wie die darüber bekannt gewordenen Untersuchungen übereinstimmend darthun, in den gleichen Dosen denselben therapeutischen Effect wie das salicylsaure Natron. Dagegen ist es frei von den unangenehmen Nebenerscheinungen des letzteren.

Aspirin verläßt den Magen fast unverändert und gelangt erst in den alkalisch reagirenden Schleimhäuten des Darmkanals zur Spaltung und Aufsaugung. Bei acuten Gelenkrheumatismen hat es sich von ausgezeichnetem Nutzen gezeigt. In 2 Fällen von acutem Gelenkrheumatismus erzielte W. mit diesem neuen Mittel in wenigen Tagen einen ganz überraschenden Erfolg. In Dosen von 1,0 g täglich 3—4 Male gegeben, wurde es ohne die geringste unangenehme Nebenwirkung vorzüglich vertragen.

W. hat außerdem die Beobachtung gemacht, daß Aspirin in einigen Fällen gute Dienste geleistet hat, welche mit rheumatischen Krankheiten nichts zu thun hatten, und wo dem Symptom „Schmerz" die größte Bedeutung zukam.

In dem ersten Falle handelt es sich um eine Dame in den dreißiger Jahren, welche an Uteruscarcinom erkrankt

war und an den quälendsten Schmerzen zu leiden hatte. Morphium wurde nicht vertragen und andere Mittel ließen im Stich. W. entschloß sich, mit dem Aspirin einen Versuch zu machen. Gleich das erste Gramm Aspirin wirkte vorzüglich. Zwei Pulver Aspirin à 1,0 g in 24 Stunden genommen, haben seit einem Vierteljahr die Schmerzen derart niedergehalten, daß die Kranke ein erträgliches Dasein fristet.

In einem zweiten Falle von Mastdarmkrebs bei einem 40jährigen Herrn hat das Mittel ebenfalls schmerzstillend gewirkt.

In einem dritten Falle von Brustkrebs bei einer alten Dame konnte keine schmerzstillende Wirkung des Aspirins constatirt werden.

Ein an beginnender Tabes leidender Herr in den dreißiger Jahren wurde von heftigen Hautschmerzen gequält, die ihn besonders des Nachts stark belästigten. Alle bisher versuchten Mittel blieben erfolglos. Auch diesem Kranken leistete das neue Mittel vorzügliche Dienste. Nach Einnahme eines Pulvers Aspirin à 1,0 g verschwanden nach 10 bis 15 Minuten die Schmerzen; die Pulver verschaften ihm Ruhe, ob die Schmerzen bei Tage oder bei Nacht sich meldeten.

Als letzten Fall führt W. eine Neuralgie des Nervus V. an, deren Ursache wohl auf rheumatische Einflüsse zurückzuführen ist. Eine 40jährige Dame leidet seit Jahr und Tag an dieser Neuralgie, welche zuweilen mehr oder weniger heftig auftritt, ihr dann aber Tag und Nacht zusetzt. Auch diese Pat. hat mit bestem Erfolge das Aspirin angewendet. Beim Auftreten der Neuralgie hilft Aspirin (in Dosen à 1,0) prompt und die Anfälle haben sich seit dem Gebrauch des Mittels seltener gemeldet.

(Allg. med. Centr.-Ztg. 1900, No. 4.)

II. Medicin.

Lassen sich Influenza und deren schwere Complicationen coupiren? Von San.-Rath Dr. L. Fürst in Berlin. (Wien. med. Presse, 11. März 1900.) In solchen Zeiten, in welchen die Grippe epidemisch auftritt und oft in unerwartet rapidem Verlauf, nämlich binnen wenigen Tagen, zu einem letalen Ausgange führt, ist es wohl berechtigt, die Frage zu erörtern, ob es möglich sein würde, diese Infectionskrankheit im Prodromal- oder wenigstens im Initialstadium zu unterdrücken, bezw. ihre Neigung zu schweren, das Leben in ernste Gefahr bringenden Complicationen seitens der Lunge, der Nieren, des Herzens etc. zu bekämpfen.

Aus diesem Grunde, und weil es sich hierbei um eine in ihren Anfangserscheinungen meist harmlose, aber in ihrem weiteren Fortgang bisweilen unberechenbare Krankheit handelt, will Fürst, auf Grund seiner im verflossenen Jahrzehnt gesammelten Erfahrungen und auch an ihm selbst angestellten Versuche die Beantwortung obiger Frage bieten. Obwohl es ihm vergönnt war, in diesem Zeitraume sehr viele Influenzafälle zu behandeln und die Zuverlässigkeit seiner Therapie immer bestätigt zu finden, verkennt er doch keineswegs, daß andere Collegen mit anderen Methoden ebenfalls befriedigende Resultate erzielt haben mögen. Er für seine Person kann aber nur auf Grund eigener Erfahrungen sprechen, und diese haben zu dem Ergebnisse geführt, daß es unter gewissen Voraussetzungen sicher möglich ist, die Influenza zu coupiren.

Unter „Coupiren" versteht Fürst: 1. Die Heftigkeit der Infection derart abzuschwächen, daß die Grenzen eines leicht fieberhaften, mit nur mäßigen nervösen Begleiterscheinungen verlaufenden Katarrhs nicht überschritten werden und 2. das Zustandekommen einer Pneumonie zu verhindern, welche letztere, wenigstens seinen Beobachtungen gemäß, unter allen Influenzacomplicationen die schwerste ist und darin von der Influenza-Nephritis, der Herzinsufficienz, der Meningitis oder den gastrischen Störungen bei weitem nicht erreicht wird. Diese sind alle zusammen nicht von der Bedeutung einer im Influenzaverlaufe sich ausbildenden Lungenentzündung. Der Charakter einer solchen ist ein stark infectiöser und darum ausgesprochen perniciöser. Selbst junge, kräftige, bis dahin widerstandsfähige Individuen mit vordem gesunder Lunge kann sie dahinraffen, um vieles mehr aber ältere, geschwächte Personen, oder solche, deren Lungen bereits Locus minoris resistentiae bilden.

Verhehlen kann man sich nicht, daß es oft Schwierigkeiten macht — auch wenn man eine scrupulöse Selbstkritik übt — in jedem einzelnen Falle mit unbedingter Sicherheit nachzuweisen, man habe eine Influenza coupirt. Es ist kaum möglich, es nachträglich sicherzustellen, daß die Initialsymptome sich zu einer Influenza entwickelt haben würden, wenn nicht rechtzeitige Maßnahmen dies verhindert hätten. Ganz abgesehen davon, daß man in der Privatpraxis sehr vorsichtig sein wird, um seine Clientel nicht ohne Noth zu beunruhigen, wird ein gewissenhafter Arzt doch auch aus Rücksichten nebensächlicher Natur nichts versäumen, was er seiner Ueberzeugung und Pflicht gegenüber für richtig hält. Hier müssen eben Tact und Erfahrung mit der wissenschaftlichen Auffassung des Berufes Hand in Hand gehen. Maßgebend ist schließlich in Zweifelsfällen das Gefühl der Verantwortlichkeit. Ein Nachweis, daß es sich um

erste Zeichen einer Influenza handelt, ist natürlich nicht so absolut zu geben, wie etwa ein mathematiſcher. Er kann sich immer nur mehr oder weniger auf die Wahrſcheinlichkeit stützen, daß in Zeiten herrſchender Influenza ein mit Fieber, Kopfſchmerz, Neuralgien, Schlaflosigkeit und allgemeiner Mattigkeit einsetzender Katarrh der Nase und der oberen Athmungswege einen specifiſchen Charakter besitzt und das Initialstadium einer Influenza darstellt.

Einen Schnupfen, eine Angina oder eine Tracheo-Bronchitis wird man hingegen, wenn Temperatursteigerung und die für Influenza charakteriſtiſchen Begleitsymptome fehlen, nicht als suspect ansehen. Und dennoch wird man bei herrſchender Influenza auch einem indifferenten Katarrh mehr Beachtung ſchenken, als zu anderen Zeiten. Zwar ist er nicht die Folge einer specifiſchen Ansteckung; aber er steigert zweifellos die Disposition des betreffenden Individuums zur Infection. Alle catarrhaliſchen Zustände, die mit einer Lockerung, mit Desquamation und minimalen Continuitätstrennungen der Schleimhautepithelien, mit stärkerer Hyperämie und Succulenz der Submucosa verbunden sind, begünstigen das Haften pathogener Keime, das Einnisten derselben in Endothellücken und Lymphspalten. Es ist dies eine bei Masern, Keuchhusten, Diphtherie etc. längst beobachtete Thatsache, ein Moment, mit dem man auch bei Influenzaepidemien zu rechnen hat.

Zweierlei ist F., nach zahlreichen Beobachtungen, sicher: 1. Daß jeder Catarrh acuter oder chroniſcher Natur die etwaige Immunität gegen Influenza verringert, auch wenn er an sich mit dieser nichts gemein hat; 2. daß man jeden acuten, fieberhaften, mit sonstigen Influenzasymptomen auftretenden Katarrh, auch wenn diese noch nicht zu ausgesprochen sind, praktiſch mit Fug und Recht als Influenzacatarrh aufzufassen und demgemäß sofort energiſch zu behandeln hat; 3. daß es in solchen Fällen unrichtig ist, wenn man die günstigste Zeit für das Coupiren einer Influenzapneumonie, nämlich das Initialstadium vorübergehen läßt, um zur größeren Sicherheit der Diagnose erst das vollständige Bild der ſchweren Influenza abzuwarten. Die Sicherheit des Patienten, die dem Praktiker doch am Herzen liegen muß, würde unter solcher Verzögerung leiden. Es würde dieselbe ebenso fehlerhaft sein, wie wenn man eine ſchwere, suspecte Angina mit Belägen indifferent behandeln wollte, um trotz der kliniſchen Erſcheinungen erst auf das Ergebniß der bacteriologiſchen Untersuchung zu warten.

Ehe sich F. darüber völlig klar war, daß ein Coupiren der Influenza durch rechtzeitige Behandlung der Anfangserſcheinungen möglich ist, hat er beim ersten pandemiſchen Auftreten dieser Krankheit im Beginne der Neunziger Jahre

leider mehrere Fälle an Pneumonie, respective an acutester Exabercation der bis dahin fast latenten Lungentuberculos verloren, die er jetzt nach reicherer Erfahrung gewiß hätt erhalten können. Seit er nach einer bestimmten Method verfährt, hat er sich überzeugt, daß man, wenn man die Behandlung sofort im Beginne einleiten und bis zur völlige Genesung durchführen kann, wenn der Patient keine Krank heitsresiduen älteren Datums in der Lunge hat, wenn er keine decrepide, geschwächte Constitution besitzt, jeden drohenden Influenza-Anfall coupiren kann. Die größte Schwierigkeit legen dem Arzte die Kranken selbst in den Weg, die anfangs das Leiden völlig unbeachtet lassen oder gering schätzen, später den Arzt durch ihre Ungeduld zum vorzeitigen Abbruch der Behandlung drängen. Das Coupiren gelingt oft ganz überraschend schnell, bisweilen in etwa zweimal 24 Stunden.

Das therapeutische Verfahren ist das denkbar einfachste. In erster Linie besteht es eigentlich nur in dem bekannten „Nil nocere!", einer der sichersten Bürgschaften des Erfolges jeder Therapie. Es sind die selbstverständlichsten hygienischen Bedingungen: Ruhe, gleichmäßige Wärme, angemessene diätetische Pflege, auf die es zunächst ankommt. Ich lasse also zu Influenzazeiten bei auftretenden Katarrhen der oberen Luftwege den Patienten vor allen Dingen einige Tage das gleichmäßig temperirte Zimmer, wenn die Temperatur auch nur wenig übernormal ist, auch das Bett hüten. Dieses kleine Opfer, das Manchem unütz und übertrieben erscheint, hat noch Niemandem geschadet, wohl aber, wie ich überzeugt bin, bei Vielen einer bedenklichen Verschlimmerung vorgebeugt. Das hat auch die Gegenprobe nur zu häufig erwiesen. Denn selbst kräftige, noch jugendlich frische Menschen, die auf ihre „gute Natur", auf ihre strotzende Kraft pochten, kann man, nachdem sie mehrere Tage mit solchen Katarrhen trotz aller Warnungen umhergingen und ihre Geschäfte weiter besorgten, an einer plötzlich eintretenden Pneumonie, gegen welche alles machtlos ist, dahinsterben sehen.

Schon durch das geeignete hygienische Regime bessert sich oft der Catarrh sehr schnell. Natürlich aber unterstützt theils eine örtliche Behandlung des Schnupfens (Mentholvergasung), theils eine Behandlung der Rachen-, Kehlkopf- und Luftröhrenaffection mit den einfachsten, lösenden, hustenreizmildernden Mitteln, schleimigen Suppen, lauer Milch etc., meist auch ohne hydropathiche Einwickelung die Beseitigung des Katarrhs. Man thut gut, trotz alledem zweimal täglich die Temperatur zu controlliren, und wenn möglich, ebenso oft sich zu überzeugen, wie tief in die Bronchialverzweigungen der Catarrh hinabgegangen ist, ob

die kleinsten Bronchiolen noch frei sind oder schon ein lobulärer Heerd in der Lunge vorhanden ist u. s. w. Gerade wegen der ausgesprochenen Tendenz der Influenzacatarrhe, nach der Lunge hinabzusteigen — ein Vorgang, der wahrscheinlich durch den Bacillengehalt des hinabfließenden Secrets begünstigt wird —, ist eine tägliche, wiederholte Controlle nöthig.

Allerdings kommen neben dieser erst secundär auftretenden Pneumonie, die eine der häufigsten Todesursachen epidemischer Influenza bildet (wenn auch seltener) sofortige primäre Pneumonien infectiösen Charakters vor. Hier setzt das Leiden gleich mit einer solchen ein und man darf wohl annehmen, daß in solchem Falle die Influenzabacillen direct in die Lunge aspirirt wurden, so daß sie gar nicht erst auf dem Wege bis zu dieser die Schleimhaut der oberen Luftwege zu inficiren Zeit fanden. Leider sind in solchen, ohne Prodromalcatarrhe sofort mit Pneumonie beginnenden Influenzafällen die Versuche, die Krankheit zu coupiren, wenig aussichtsvoll.

Die Gefahr einer Pneumonie, gleichviel, ob sie durch Descendiren des Proceßes oder ohne solches entstand, ist jedenfalls etwas so Specifisches, der Influenza so Eigenthümliches, daß man unwillkürlich in zweiter Linie an die Möglichkeit des Coupirens durch ein Specificum denken muß. Zu diesem Zwecke hat F. anfangs bei Influenzaverdächtigen Katarrhen mit dem Chinin, das ja gegen fieberhafte Infectionsvorgänge von jeher gern angewendet wurde, viele Versuche gemacht, die Influenza zu unterdrücken, constante Erfolge hat F. aber damit nicht erzielt. Auch aus der Reihe der anderen, modernen Antipyretica hat er verschiedene, die gegen Influenza empfohlen wurden, eine Zeit lang — freilich ohne ausgedehntere Erfahrungen darüber sammeln zu können — verordnet. Es hat keines in allen Fällen befriedigt; wohl aber wiederholt recht unangenehme Nebenwirkungen auf Herz, Hirn und Magen bewirkt.

Erst als F., auf Paul Güttmann's Empfehlung hin, mit dem Salipyrin Riedel bekannt wurde und v. Mosengeil dessen günstiges Urtheil bestätigt hatte, wandte er sich diesem Präparate zu. F. hat es bald schätzen gelernt und wendet es seitdem ununterbrochen bis zum heutigen Tage mit sehr befriedigendem Erfolge an, so daß es ihm in der Vorbeugung der Influenza ein fast unentbehrliches Hilfsmittel geworden ist.

Wissenschaftlich begründete Specifica besitzen wir streng genommen überhaupt nicht im Arzneischatze, abgesehen etwa von den Antitoxinen. Das, was wir gewöhnlich specifische Mittel nennen, sind solche, die sich auf empirischem Wege als solche erwiesen haben, ohne daß man bisher den

Nachweis über die Art ihrer Wirkung führen konnte. Das Salipyrin, eine chemiſche Verbindung des Antipyrin mit der Salicylsäure, macht keinen Anspruch darauf, das Specificum gegen Influenza zu sein; wir besitzen ein solches Specificum im Sinne der experimentellen Pathologie nicht. Allein die Erfahrung und der Erfolg ex juvantibus hat es im praktiſchen Sinne zu einem solchen erhoben. Sie haben uns auch gelehrt, daß Compositionen von Arzneimitteln bisweilen wirksamer sind, als die letzteren einzeln, und daß bei manchen Combinationen nicht bloß eine Summirung der Einzelwirkungen stattfindet, sondern daß eine neue Art der Wirkung resultirt, die anderen Indicationen entspricht. Es sei hier nur aus der großen Zahl von Salzen und Miſchungen beispielsweise an das Tussol (Mandelsaures Antipyrin), Ferropyrin (Ferr. sespuichlor. und Antipyrin), Hypnal (Monochloral-Antipyrin), Migränin (Coffeïncitrat-Antipyrin), Salophen (Salicylsäure Acetyl-Pyramidophenol), Tolysol (Tolypirin-Salicylsäure) erinnert. Das Salipyrin nun zeichnet sich durch eine sehr ſchätzenswerthe Eigenſchaft aus, indem es die Unterdrückung des Influenza-Anfalles, die Abſchwächung der toxiſchen Wirkung des Influenzabacillus ermöglicht, ohne — selbst in mehreren Grammdosen pro die — irgend welche Nachtheile mit sich zu bringen. Es ist zuzugeben, daß diese Thatsache eine wissenſchaftliche Erklärung noch nicht gefunden hat, Nichtsdestoweniger ist an ihr nicht zu zweifeln.

Giebt man bei herrſchender Influenza einem bis dahin gesunden Menſchen, welcher alle Initialerſcheinungen der Influenza: Schnupfen, Husten, Fieber, Mattigkeit, Glieder- und Kopfſchmerzen, Frösteln etc. darbietet, unter der oben geſchilderten Pflege sofort (2—3 mal in 24 Stunden) 1 Grm. Salipyrin, so kommt ziemlich prompt eine entſchieden coupirende Wirkung zustande. F. pflegt das Mittel in Oblate, und danach eine Tasse Lindenblüthenthee mit Citronensaft und Zucker zu geben, doch kann man es auch in Tablettenform und mit anderem, z. B. chinesischem Thee geben. Erwünſcht ist nur, daß der Magen von Speisen leer sei, damit die Resorption nicht beeinträchtigt wird, und daß man aus gleichem Grunde vor Ablauf einer Stunde nichts Substantielles zu sich nimmt. Mit Salipyrin in kleinen Gaben oder in refracta dosi erzielt man wenig Erfolg.

Unter leichter Schweißbildung, einer in diesem Fall sehr willkommenen Wirkung der Salicylsäure, löst sich der Katarrh, das Fieber geht zurück, die Nervensymptome lassen nach, etwaige accidentelle Albuminurie verſchwindet. Von Werth ist, daß die Lunge meist frei bleibt, indem die absteigende Tendenz des Katarrhs in den Bronchien zweiter Ordnung Halt macht, um dann eine rückläufige Bewegung einzuſchlagen.

Voraussetzung für diesen Erfolg, von dem man sich leicht überzeugen kann, ist, wie gesagt, daß die Behandlung unverzüglich am ersten Tage der Initialsymptome eingeleitet und consequent bis zur völligen Genesung durchgeführt wird. Mit den Salipyringaben von 1,0 geht man dann, auch wenn eine Antipyrese nicht mehr indicirt ist, nach 2—3 Tagen auf 0,5 (3mal täglich) zurück, bis auch die letzten Begleiterscheinungen geschwunden sind.

Die von einigen Seiten aufgestellte Behauptuug, daß das Salipyrin Herzschwäche bewirken könne, vermochte F. nicht zu bestätigen. Wenn natürlich schon Herzatonie bestand oder eine geregelte Behandlung erst am 2.—3. Tage der Krankheit (das Auftreten des Katarrhs als den ersten Tag gerechnet) beginnen kann, so mag wohl eine solche fatale Complication nicht zu vermeiden sein, obwohl man ihr auch dann noch durch häufigere Dosen kräftigere Medicinalweine mit Erfolg begegnen kann. So lange ein Influenzakranker seine Residenz nicht eingebüßt hat, ist auch von Seiten seines Herzens nichts zu fürchten.

Gerade jetzt, wo von verschiedenen Ländern aus über sehr verbreitete und bösartige Influenzaepidemien berichtet wird und hie und da die Mortalität hohe Procentzahlen aufweist, glaubte F. mit der Ventilirung der Frage, ob und wie sich Influenza coupiren lasse, nicht zögern zu sollen. In so wichtigen Dingen ist jeder selbst der bescheidenste Beitrag, sobald er auf eigene Erfahrungen gestützt ist, nicht ganz werthlos.

Die Behandlung der acuten Gonorrhoe des Mannes. Von Dr. A. Buschke-Berlin. (Die Therapie der Gegenwart. Heft 12. 1899.) Die Frage der Behandlung der Gonorrhoe ist mit der wachsenden Erkenntniß, daß die im Verlaufe des gonorrhoischen Krankheitsprocesses auftretenden Metastasen der Verschleppung des Gonococcus in den Organismus ihre Entstehung zu verdanken haben, in neuerer Zeit immer lebhafter und mit größerem Interesse discutirt worden. — Zur Diagnose der Gonorrhoe genügen zwar in zahlreichen Fällen die klinischen Erscheinungen, jedoch ist es unzweifelhaft zweckmäßig, principiel auch in jedem Falle die mikroskopische Diagnose zu stellen. — Die Therapie ist noch keine einheitliche, vielmehr bewegt sie sich noch in verschiedenen Bahnen, insofern die eine Richtung eine allgemeine Behandlung mit innerlichen Mitteln, wie Oleum santali, Copaiva und Cubeben, sowie diätetischen Maaßnahmen, für ausreichend erachtet und auf Localbehandlung dabei verzichten zu können glaubt, während auf der andern Seite die Localbehandlung in den Vordergrund gestellt wird. Die innere Medication kann nur dann erfolg-

reich die Krankheit bekämpfen, wenn der Patient dauernd im Bett gehalten wird. Obwohl dies sehr zweckmäßig ist, so ist es doch selten durchführbar. Dabei hat sich allerdings von den internen Mitteln das Oleum santali (dreimal täglich 15 bis 20 Tropfen) als subjectiv reizmildernd erwiesen. — In der Localbehandlung sind zwei Arten zu unterscheiden, und zwar die ältere adstringirende und die neuere antiseptische Methode. Die adstringirende Therapie will durch Injection von Zincum sulfuricum, Plumbum aceticum, Rikord'scher Emulsion, Alaun, schwachen Höllensteinlösungen, Cuprum sulfuricum etc. die Secretion beschränken und auf diesem Wege die klinischen Erscheinungen der Gonorrhoe, d. h. die Eiterung, beseitigen. Unsere Behandlung darf indeß sich nicht an die Symptome, sondern muß sich an die Ursache, d. h. die Krankheitserreger, halten. Diese unschädlich zu machen und demnach mit der Krankheitsursache die Krankheitserscheinungen zum Schwinden zu bringen, ist der Plan der antiseptischen Tripper-Therapie. In dreifach verschiedener Weise sucht man das Ziel zu erreichen: 1) Die sogenannte Abortivbehandlung will in kürzester Frist, in einigen Tagen, das Gift aus dem Körper entfernen. Zu diesem Zwecke wurden sehr starke Argent. nitricum-Lösungen an mehreren hinter einander folgenden Tagen in die Harnröhre injicirt. Das Vorhaben gelingt aber nicht, vielmehr verschlechtert sich gewöhnlich das klinische Bild erheblich. Nicht besser sind die Resultate mit den Janet'schen Spülungen (Kali hypermanganicum 1 : 4000 bis 1 : 1000). Man kann eben die Gonorrhoe nicht abortiv behandeln, weil die Gonococcen so rasch in die erkrankte Schleimhaut eindringen, daß diese Krankheitserreger sich nicht mehr herausspülen bezw. mit einem Schlag vernichten lassen. 2) Besonders Finger will die Gonorrhoe-Behandlung so gehandhabt wissen, daß zunächst die heftigsten Entzündungserscheinungen abklingen sollen und dann erst die Injectionsbehandlung eingeleitet werden soll. Hiervon ist man seit der Erfindung des Protargols durch Neisser indeß wieder mehr abgekommen und hält es 3) für das Zweckmäßigte, vom ersten Tage an, wo man den Patienten sieht, mit der primären antiseptischen Behandlung, d. h. der Injection antiseptischer Flüssigkeiten in die Harnröhre zu beginnen.

Die wichtige Frage nach dem geeignetesten Antisepticum ist dahin zu beantworten, daß die in der Wundbehandlung wirksamen Medicamente, wie Carbolsäure, Sublimat, Borsäure u. s. w. für die Behandlung der acuten Gonorrhoe nicht passen, sondern daß es im Wesentlichen die Silbersalze sind, welche sowohl im Reagenzglase, als auch auf den von Gonorrhoe befallenen Schleimhäuten sich als die besten Antiseptica gegenüber den Gonococcen erwiesen haben. —

Lassen wir die einzelnen Mittel Revue passiren, so ist das Argent. nitricum (1 : 4000 bis höchstens 1 : 1000) in manchen Fällen von acuter Gonorrhoe der vorderen Harnröhre zweckmäßig, irritirt aber oft stark und wird durch die im Eiter vorhandenen Chloride schnell unwirksam gemacht. Dieses Ausfallen findet nicht statt beim Argentamin (1 : 4000 bis 1 : 500), welches außerdem die Eigenschaft hat, in eine gewisse Tiefe der Gewebe einzudringen. Adstringirende Eigenschaften hat das Argentamin nicht, sondern wirkt eher secretionsbefördernd und wird deshalb mit Vortheil bei mehr chronisch verlaufenden Fällen verwandt, wo man von einer Steigerung der Secretion eventuell eine Elimination der im Gewebe lagernden Gonococcen erhofft. Das Argonin (Argentum casein.) ($^1/_2$—2% Lösungen) irritirt nicht, schränkt die Secretion ein, scheint aber an Wirksamkeit den beiden vorhergenannten Mitteln nachzustehen. Es ist indeß ein gutes und mildes Antigonorrhoicum. Ebenfalls eine Silbereiweißverbindung ist das Protargol, welches vor 2 Jahren von Neisser gegen Gonorrhoe empfohlen worden ist. Das Protargol ist, wenn es auch keineswegs ein unbedingt sicheres und vollkommenes Antigonorrhoicum ist, doch das beste der jetzt gebräuchlichen Mittel. Es wirkt adstringirend, gelegentlich auch secretionsbefördernd, irritirt selten und gering. Die Anwendung geschieht in Concentrationen von $^1/_4$ bis höchstens 2%igen Lösungen. Nach dem Protargol wurde das milchsaure und das citronensaure Silber, Actol und Itrol, empfohlen (1 bis 3 : 1000). Neuerdings ist ein anderes organisches Silbersalz, das Largin ($^1/_4$ bis 2%) noch auf dem Plan erschienen. Alle die genannten Ersatzmittel des Argentum nitricum zeichnen sich dadurch vor letzterem aus, daß sie in Berührung mit den Schleimhautsecreten nicht ausgefällt werden und daß sie weniger leicht irritirend wirken, wie die Höllensteinlösung. — In einer etwas anderen Richtung bewegen sich zwei noch erwähnenswerthe Mittel, nämlich das Hydrargyrum oxycyanatum (1 : 4000 bis ca. 1 : 1000), welches indeß an Wirksamkeit beim eigentlichen Tripper den Silbersalzen nachsteht, dagegen zweckmäßig bei tripperähnlichen Katarrhen der Harnröhre neben dem Sublimat (1 : 20,000 bis 1 : 10,000) und dem Resorcin (1 bis 2%) in Anwendung kommen kann. Das Ichthyol, Ammonium sulfo-ichthyolicum (1 bis 2%) ist ein gutes, meistens reizloses und fast immer secretionsbeschränkendes Antigonorrhoicum.

Von den aufgezählten Mitteln ist das beste das Protargol, aber es ist nothwendig, bei der antiseptischen Gonorrhoebehandlung nicht auf ein Mittel angewiesen zu sein, da man individualisirend, je nach der Beschaffenheit und Fülle der Secretion, die Behandlung zu leiten hat. Selten indeß ist

man gezwungen, vom Protargol abzugehen. Sehr viel kommt aber auf die richtige Application des Medicamentes an. Von fast gar keinem Nutzen sind die Urethralstäbchen, wohin gegen die richtige Injection mit der Trippersprize die beste einfachste und fast stets ausreichende Methode der Applicatio ist. Die Spritze muß groß genug sein, sie muß ca. 13 bis 15 ccm fassen; sie ist am besten aus Glas mit conischem Hartgummiansatze und Hartgummistempel. Die Injectionen müssen, nachdem der Patient urinirt hat, 3 bis 4 Mal, später 6 Mal täglich gemacht werden und die Flüssigkeit muß bis zu zehn Minuten in der Harnröhre verweilen. Die größere Menge der Injectionsflüssigkeit hat den Vortheil, daß die Schleimhaut sich genügend entfaltet und daß die antiseptische Flüssigkeit in genügenden Contact mit ihr gelangt. An Stelle der häufigen Einspritzungen lassen sich auch die sogenannten prolongirten Injectionen setzen in der Weise, daß der Patient drei Spritzen hinter einander injicirt und jedesmal die Flüssigkeit fünf Minuten in der Urethra verweilen läßt. Drei solcher Injectionen täglich dürften genügen. — Für Fälle, welche hartnäckig der eben geschilderten Behandlung trotzen, kommen die Janet'schen Spülungen der Harnröhre in Betracht. Die Spülflüssigkeit (Kali hypermanganicum) läuft dabei ohne Katheter aus einem Irrigator unter sehr hohem Druck in die Harnröhre und von dort in die Blase. Es läßt sich zwar nicht leugnen, daß auf diese Weise die Schleimhaut gründlich abgespült wird und daß auch die Gonococcen ziemlich schnell aus dem Secret verschwinden, indeß die Methode hat große Nachtheile. Abgesehen davon, daß die Gonococcen meist rasch wieder erscheinen und daß es lästig ist, den Patienten täglich ein- bis zweimal auszuspülen, kann die Janet'sche Spülung doch gelegentlich Secundärinfectionen der Harnblase, sowie Sphinkterschwäche nebst consecutiven Incontinenzerscheinungen hervorrufen. Will man sich dieser Behandlungsweise bedienen, so wird man mit Solut. Argent. nitrici (1 : 300 bis 1 : 1000) oder mit Protargol-Lösungen (ca. $^1/_2$ bis 1%) bessere Resultate als mit dem Kali hypermanganicum erzielen.

Die ganze Gonorrhoe-Therapie muß fortlaufend durch die mikroskopische Untersuchung des Secrets auf Gonococcen controlirt werden. Nach der Menge der Eiterabsonderung kann man sich nicht richten. Dieselbe kann copiös bei geringer Gonococcenmenge sein, und umgekehrt kann ein spärliches Secret die Krankheitserreger in großer Zahl enthalten. Jedenfalls thut man gut, noch 10 bis 12 Tage über den Zeitpunkt des Verschwindens der Gonococcen hinaus die antiseptische Behandlung des Trippers fortzusetzen. — Die Befürchtung, welche von mancher Seite laut geworden ist, daß die empfohlene Behandlungsmethode die Bildung

von Stricturen begünstige, sowie daß dabei leicht Complicationen, besonders Nebenhodentzündungen, entständen, oder daß die Gefahr der gonorrhoischen Metastasen eine größere sei, weist B. nach seinen Erfahrungen auf der Syphilisklinik der Königlichen Charité in Berlin entschieden zurück. Die Metastasen entwickeln sich mit und ohne Behandlung, ohne daß man sagen könnte, ein besonderes Vorgehen habe Einfluß darauf.

Was nun zum Schluß die Contraindicationen der antiseptischen Behandlung betrifft so sind dies schwere lokale Reizerscheinungen, wie starkes Oedem des Penis, sanguinolenter Ausfluß, periurethrale Infiltrate, Nebenhodenentzündung, acute Prostatitis, gonorrhoischer Bubo. Urethritis posterior und Cystitis mit sehr heftigen subjectiven Reizerscheinungen. In solchen Fällen müssen antiphlogistische Maaßnahmen. Ruhe, Diät, innerliche Darreichung von Oleum santali die stürmischen Symptome beseitigen, worauf man dann bei eingetretener Reizlosigkeit die wirksame Injectionstherapie beginnt. — Die durchschnittliche Behandlungsdauer für uncomplicirte Fälle beträgt ca. 5 Wochen, obwohl auch oft Monate verstreichen können, bis man gründlich zum Ziele gelangt ist.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ein Fall von Wiederanheilung eines grösseren, ohne Hautbrücke abgetrennten Fingerstückes. Von Dr. Paul Klein, Arzt in Berlin. (Monatsschrift f. Unfallheilkunde.) Obgleich in allen Unfallzeitschriften mit Recht darauf hingewiesen wird, daß man die Grenzen der conservativen Therapie nicht zu weit stecken soll, da ein Finger, welcher mit Mühe gerettet, aber mit Versteifung geheilt ist, nicht allein gebrauchsuntähig, sondern auch für die ganze Hand hinderlich ist, und oft noch nachträglich amputirt werden muß, so giebt es doch Fälle, bei denen strenge Conservirung am Platze ist.

Daß Verletzungen der Hand und der Finger eine gute Prognose geben, ist eine bekannte Thatsache. Es ist daher, da die Erhaltung dieser Glieder für die Arbeitsfähigkeit eine große Rolle spielt, geboten, bei Verletzungen der oberen Extremität möglichst schonend und conservativ zu verfahren. Nur im äußersten Nothfall soll man zur Absetzung der Glieder schreiten, denn selbst die Stümpfe, besonders die des Daumens und Zeigefingers stellen einen bedeutenden Functionswerth dar.

Die Finger verfügen über eine reichliche Gefäßversorgung, daher heilen die meisten Verwundungen leicht an

ihnen; Schnitt-, Quetsch-, Brand-, Rißwunden vernarben in relativ kurzer Zeit.

Die Wunden der Knochen zeigen dieselbe gute Heiltendenz. oft sogar bleibt, selbst wenn ein Gelenk mit betroffen ist, nicht einmal eine Ankylose zurück. Sehnendurchtrennungen sind freilich von größerer Bedeutung; folgt eine solchen nicht sofort oder später die Vereinigung der Sehnenenden durch die Naht, dann ist es meist um die Bewegungsfähigkeit des Fingers geschehen.

Sind alle Schichten des Fingers bis auf eine Hautbrücke durchtrennt, so kann noch durch diese eine genügende Ernährung des peripherischen Stückes stattfinden und Anheilung erfolgen.

Ja man hat Fälle beobachtet, in denen ganze Fingerspitzen oder Glieder abgehauen waren und, ohne eine Verbindung mit dem proximalen Ende zu haben, dennoch wieder angewachsen sind. Bérenger-Feraud hat vor einigen Jahren 34 derartige Fälle gesammelt.

Diese Sammlung möchte K. durch folgende Mittheilung um einen Fall vermehren.

Am 7. December v. J. war der Schlächtergeselle Otto Köpplin mit einem Genossen beschäftigt, mit einem schweren Wiegemesser Hackelfleisch zu bereiten. Dabei kam er mit dem Finger unter die Messerschneide, welche ihm ca. den dritten Theil des linken Zeigefingers abschnitt. Er suchte sich das Stück aus dem Fleisch hervor, spülte es unter einem Brunnen ab und ging zu einem Barbier, um sich verbinden zu lassen. Dieser wies ihn an einen Arzt.

Als er zu K. kam, war ca. $^1/_2$ Stunde seit dem Unfall verflossen.

Er stellte folgenden Befund fest: Vom linken Zeigefinger fehlte das vorderste Drittel; der Stumpf zeigte eine glatte, schräge Wundfläche, in welcher die ebenfalls glatte und schräge Schnittfläche des Knochens des Mittelgliedes gelegen war. Der Schnitt ging durch das zweite Interphalangealgelenk schräg durch und hatte den Knochen des Endgliedes sowie den Nagel schräg durchgeschnitten. Die Beugesehne war kurz vor ihrem Ansatz durchtrennt, während die Strecksehne erhalten war. Das fehlende Stück, welches genau auf den Stumpf paßte, hatte der Verletzte mitgebracht, und K. machte den Versuch, es wieder anzufügen, ohne sich allerdings großen Hoffnungen auf das Gelingen hinzugeben.

Nach genauer Desinfection, um eine prima intentio und möglichst gute Function zu erzielen, zog er zuerst das nur wenig retrahirte centrale Ende der Beugesehne herunter und nähte dieses mit einer Seidennaht an den ganz kurzen peripherischen Sehnenstumpf. Dann wurde das abgehauene

Fingerstück genau aufgesetzt und durch fünf tieffassende Nähte an der Beuge- und Streckseite befestigt. Am proximalen Wundwinkel ließ er eine kleine Drainageöffnung, in welche ein Streifchen Jodoformgaze eingeführt wurde. Es folgte ein fixirender Verband.

Die Heilung verlief ohne Schmerzen und ohne Temperatursteigerung; beim Wechseln der Verbände zeigte sich der ganze Finger mehrmals stark geschwollen. Das Gefühl kehrte bald wieder, die Färbung des angenähten Endes war etwas blasser als die des übrigen Fingers, die Temperatur jedoch wies keinen Unterschied auf. Die Circulation war offenbar wieder hergestellt. Nur einzelne kleine kreisförmige Hautpartien färbten sich blauschwarz und stießen sich ab unter geringer Eiterung; die Abstoßung wurde durch warme Bäder befördert. Man fühlte deutlich den Callus und keine abnorme Beweglichkeit mehr.

Patient ging nun aus äußeren Gründen in andere Behandlung über, nachdem einige der Nähte entfernt waren, und stellte sich erst am 24. Januar 1900 wieder vor.

Der Finger war vollständig angeheilt, der Umfang normal, die Färbung der Haut etwas röther als die der übrigen Hand; an der Beugeseite befand sich eine kleine Fistelöffnung, aus der sich der Faden der Sehnennaht ausstossen wird. Die Beugung und Streckung im 2. Interphalangealgelenk ist zwar nicht ideal, jedoch befriedigend. Der Patient denkt in kurzer Zeit den Finger wieder vollständig gebrauchen zu können und freut sich über das kosmetische und functionelle Resultat.

Daß dieses so ausgefallen ist, hat mehrere Ursachen: Erstens hatte das Messer eine ganz glatte Wunde, ohne jede Quetschung gesetzt; die Gewebszellen waren in ihrer Vitalität nicht direct geschädigt. Ferner war die Wundfläche sehr breit, es konnte also eine reichliche Durchströmung mit Blut und Lymphe stattfinden. Auch war erst eine halbe Stunde seit dem Unfall verflossen. Wäre Patient vielleicht nur ganz kurze Zeit später in ärztliche Hände gekommen, so wäre das Glied verloren gewesen.

K. möchte gelegentlich dieses Falles nur darauf hinweisen, daß die Maxime, an Hand und Fingern möglichst conservativ zu verfahren, bei unserer heutigen Unfallgesetzgebung mit der eingangs erwähnten Einschränkung doppelt und dreifach angebracht erscheint.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Soll die Perforation stets mit der Extraction des Kindes verbunden werden? Von Dr. Zange-

meister. Centralbl. für Gyn. No. 40. 1899. Z. verneint obige Frage. Er steht ganz und gar auf dem Standpunkte Schröder's.

Schröder (Lehrbuch der Geburtshilfe III. Aufl. 1872 p. 349) sagt im Anschluß an die Beschreibung der Perforation: „Hiermit ist die Operation beendet; der Zweck derselben, die Durchmesser des kindlichen Schädels zu verkleinern, ist erreicht. Die weitere Austreibung des verkleinerten Kopfes kann im Allgemeinen (wenn man frühzeitig operirt hat, fast stets) den Naturkräften überlassen werden;" und weiter nach der Beschreibung der Kephalothripsie (p. 354): „Mit der Verkleinerung des Schädels ist die Hauptindikation, die Verringerung resp. Aufhebung des Mißverhältnisses zwischen Kopf und Becken, erfüllt, und man muß es sich deswegen zum Grundsatz machen, in allen Fällen, in denen eine sofortige Entbindung nicht dringend wunschenswerth, die weitere Austreibung der Natur zu überlassen."

Die Gründe für die Verbindung von Perforation und Extraktion sind folgende:

1) Es gelingt häufig den Expulsivkräften gar nicht, den eröffneten Schädel bald auszutreiben, weil dieser durch die Perforation nicht immer kompressibel genug geworden, weil selbst wenn er es ist, seine Stellung hindernd entgegentritt, und weil es in den Fällen, in denen man enthirnt hat, so häufig an guten Wehen fehlt.

2) Eine nach der Perforation noch länger anhaltende Geburtsarbeit kann der Kreisenden nur Nachtheil bringen, weil die Operation nicht selten ja zu einer Zeit geübt wird, zu der die Gebärende schon viel gelitten hat, ferner weil der enthirnte Fötus auffällig rasch in Fäulniß übergeht und dadurch neue Gefahren für die Mutter setzt, und weil dann die spätere Extraktion unter viel ungünstigeren Verhältnißen vorgenommen werden muß.

3) Die Perforationsöffnung wird durch Uebereinanderschieben der Knochenränder gar nicht selten verlegt, oder sie rückt unter der Wirkung der Geburtspresse auch wohl aus der Mitte des Beckenkanals fort. Wird dann die Extraktion erforderlich, so kann man zum zweiten Male perforiren müssen.

4) Die Extraction ist, mit guten Methoden geübt, für die Gebärende ganz ungefährlich und dies um so mehr, je früher sie gemacht wird, d. h. je weniger mitgenommen und je intakter die Gebärtswege sind.

Zunächst möchte Zangemeister sich gegen die Ansicht wenden, daß schon im Abwarten nach der Eröffnung des kindlichen Schädels eine Gefahr für die Mutter liegt.

Die Gefährdung der Mutter sehen die Meisten in einer schnelleren Zersetzung des ausfließenden Gehirns und dadurch bedingten Infektionsgefahr.

Diese Gefahr ist aller Wahrscheinlichkeit nach keine große; in der zur Austreibung nöthigen meist nur kurzen Zeit zersetzt sich das Gehirn nicht derartig, und ob gerade pathogene Mikroorganismen sich darin entwickeln und, wenn sie nicht künstlich von der Scheide nach oben befördert werden, gefährlich sein können, das ist noch nicht erwiesen, nicht einmal wahrscheinlich, jedenfalls spricht der fieberfreie Verlauf derartig behandelter Fälle nicht für eine solche Gefahr.

Andere Geburtshelfer glauben eine Gefahr für die Mutter zu sehen in den möglicherweise eintretenden Scheidenverletzungen u. A. durch die Schädelknochen.

Zunächst wird der Schädel durch die Wehen meist zusammengedrückt und den Weichtheilen angepasst, die Ränder der Schädelknochen bleiben im Verlauf der Austreibung fast regelmäßig annähernd in der Mitte des Geburtsschlauchs, sodaß Verletzungen nicht vorkommen können; zudem ist es fraglich, ob die bei der Extraktion doch nicht zu umgehenden Verletzungen nicht zahlreicher und größer sind. Außerdem läßt sich dieses Bedenken beseitigen, wenn man statt des scherenförmigen Perforatoriums ein trepaenförmiges benutzt.

Die übrigen Einwände gegen ein Zuwarten erledigen sich, wenn man nach den unten angeführten Gesichtspunkten handelt (perforiren in Fällen, in denen die Mutter in keiner augenblicklichen Gefahr ist etc.), von selbst; die Perforation allein ist kein Eingriff, nachdem jede weitere Geburtsthätigkeit fernzuhalten ist, wie es im Lehrbuch von Spiegelberg heißt, zumal wenn sie frühzeitig gemacht wird.

Sollten im Verlauf der Ausstossung der Frucht Indikationen für eine schnellere Beendigung der Geburt eintreten, als es die Natur besorgt, so kann man leicht die Extraction nun folgen lassen, und selbst wenn (was offenbar selten eintritt) eine Verschiebung der Perforationsöffnung eintritt, so ist eine neue schnell ohne Mühe und Gefahr angelegt.

Die Perforation ist ein Eingriff, der mit Leichtigkeit ohne größere Gefahr für die Kreissende als eine Untersuchung auszuführen ist und zu dem man keine Narkose braucht.

Ganz anders mit der nun anzuschliessenden Extraction. Ohne Narkose läßt sie sich meist nicht ausführen. Der Uterus wird durch sie schnell gewaltsam entleert. Es sind Verletzungen möglich; die Kranioklasie ist zweifellos der schwierigere und gefährlichere der beiden Eingriffe.

Mit dem Kranioklasten lassen sich Keime von außen oder aus der Scheide in die für Infektion besonders disponirte Cervixgegend bringen, eine Stelle, die wir ohne Kranioklasie nicht berühren würden.

Bei Placenta praevia ist außerdem eine spontane Ausstossung einer Extraktion auch deshalb vorzuziehen, weil wir auf diese Weise viel sicherer die Gefahr der Cervixrisse umgehen.

Die Nachtheile der Extraktion bestehen in:

der Nothwendigkeit einer Narkose (eine besonders für allein arbeitende Aerzte nicht zu unterschätzende Erschwerung),

der forcirten Entleerung des Uterus, durch welche es erfahrungsgemäß leichter zu Anomalien der Placentarlösung und zu Atonie kommt und bei der neue Verletzungen gemacht und Infektionsstoffe in den Uterus gebracht werden können.

Die Geburt dauert bei obigem Verfahren meist nicht länger, weil früher perforirt werden kann und die Wehen meist zunehmen, sie kann sogar in toto abgekürzt verlaufen.

Eine künstliche Beendigung ist jederzeit noch leicht auszuführen.

Die Gefahren sind geringer, als wenn die Kranioklasie gleich angeschlossen wird. —

Ueber die Behandlung der Eklampsie. Von Dr. Everke-Bochum. (Münchener medicinische Wochenschrift No. 47, 1899.) Die Eklampsie ist mit ihrer hohen Mortalität der Mütter (ca. 25%) und der Kinder (ca. 50%) als die bösartigste Complication der Geburt anzusehen. Die Behandlung derselben mit narkotischen Mitteln giebt im allgemeinen sehr schlechte Resultate, und gewiß sind die großen Mengen derselben, sowie die andauernden Chloroformnarkosen für den Körper nicht ohne Nachtheil. Die Erfahrung, daß mit der Entleerung des Fruchthalters die Krämpfe in über 90% der Fälle aufhören, zeigt den Weg für unser therapeutisches Handeln an: der Uterus ist möglicht schnell zu entleeren. — E. hat nun in 38 Fällen schwerster Eklampsie am Ende der Schwangerschaft resp. bei Geburtsbeginn nach diesem Grundsatz gehandelt und recht gute Erfolge damit erzielt. Alle Gebärenden waren bereits 6—12 Stunden und länger bewußtlos, in allen Fällen waren ca. 10 Anfälle und mehr dagewesen, im Urin war reichlich Eiweiß. In 7 Fällen waren die mütterlichen Geburtswege so weit erweitert, daß durch einfachen Forceps, Wendung u. s. w. der Fruchthalter entleert wer-

den konnte. 6 Mütter genaßen; bei einer Moribunda, die ſchon seit 2 Tagen bewußtlos war, ließ sich der letale Exitus nicht aufhalten. 4 Kinder wurden lebend geboren. — In den übrigen 31 Fällen war die Entbindung per vias naturales nicht ohne Weiteres möglich; in 3 Fällen war der Muttermund noch gar nicht eröffnet. in den anderen Fällen war die Portio wohl verstrichen, doch war eine vollständige Eröffnung des Muttermundes erst nach vielen Stunden zu erwarten. In diesen 28 Fällen wurde der Muttermund mit Hilfe der Dührssen'ſchen Cervixincisionen vollständig eröffnet, und dann durch Forceps oder Wendung die Geburt beendet. 8 Mütter starben, 20 wurden geheilt. Von den 8 Todesfällen sind 3 abzuziehen, da es sich um Moribundae handelte. Nur drei Frauen starben im Coma an Eklampsie, die übrigen 22 Fälle wurden von der Eklampsie geheilt, doch starben 2 später noch an Sepsis, wahrſcheinlich in Folge außen stattgefundener Infection. In Anbetracht der Schwere der Erkrankung ist eine Heilung von 12 % als recht günstig anzusehen, ebenso ist das Resultat für die Kinder recht günstig, indem 23 lebende Kinder erzielt wurden (etwa 5 % Mortalität). E. empfiehlt daher im Gegensatz zu anderen Autoren in Fällen ſchwerster Eklampsie im Geburtsbeginne die forcirte Entbindung in tiefer Narkose mit Zuhilfenahme der Cervix- und Scheiden-Dammincisionen. Die Ausführung derselben geſchieht am besten in der Klinik oder Krankenhaus unter guter Assistens, unter Zuhilfenahme von Speculum und Kugelzange. Irgend welche Nachtheile der Schnitte, namentlich ein uncontrolirbares Weiterreissen derselben, hat er nicht erlebt. In drei Fällen, in denen wegen Engigkeit des Muttermundes und Erhaltensein der Cervix die Geburt auf natürlichem Wege unmöglich war, ein Abwarten aber den sicheren Tod herbeigeführt hätte, wurde die Sectio caesarea ausgeführt. Freilich starben 2 Frauen, trotzdem die Krämpfe aufgehört hatten, im Coma, wahrſcheinlich weil die Entleerung des Fruchthalters nicht früh genug vorgenommen werden konnte. Für die Kinder war das Resultat insofern günstig, als 2 wiederbelebt wurden und am Leben blieben. — In 41 Fällen von Kaiserſchnitt wegen Eklampsie, die bisher veröffentlicht wurden, sind 20 Mütter genesen. E. hält in Fällen von ſchwerster Eklampsie auch den Kaiserſchnitt für vollkommen gerechtfertigt und glaubt, daß die Statistik noch besser erſcheinen wird, wenn man sich in geeigneten Fällen frühzeitig zu dieser Operation entſchließt.

Verschiedenes.

Zur **Bekämpfung des Herzcollapses bei acuten Infectionskrankheiten** empfiehlt Lenhartz neuerdings die seinerzeit schon von Sahli bei Typhus befürworteten **Salzwasserinfusionen** („Therapie der Gegenwart", Nov. 1899 — „Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte"). Dabei stützt er sich auf Versuche von Passler an künstlich inficirten Thieren, bei welchen Salzwasserinfusionen den tief gesunkenen Blutdruck bedeutend steigerten. Bei kaum fühlbarem Puls sah L. nach Infusionen schon von 200—300 Ccm. Salzwasser deutliche Besserung des Pulses auftreten; sehr oft wurde Steigerung der Diurese beobachtet. Neben Typhus kommt Pneumonie, Brechdurchfall und Ruhr in Betracht. Besonders geeignet für Salzwasserinfusionen sind auch solche Erkrankungen, bei denen jegliche Nahrungszufuhr sich verbietet, wie Ileus, Peritonitis, Perityplitis, subphrenische Abscesse. Neben der Beseitigung der Kreislaufstörung wird eine Durchspülung des Organismus erzielt. Die Infusion der 0.6%igen Kochsalzlösung geschah in diesen Fällen subcutan; als Einstichstelle ward die Haut der Oberschenkel, des Bauchs oder der seitlichen Brustwand gewählt, die abgeseift, mit Aether gründlich abgerieben und nachher mit Zinkpflaster geschützt wurde. Die Infusionsmenge betrug bei zarten Kindern 100—200 Ccm., bei Erwachsenen $^1/_2$—1 Liter in einer Sitzung. Die auf 40° erhitzte sterilisirte Flüssigkeit wurde von den trockenen sterilisirten Glasbehältern aus $^1/_2$—$1^1/_2$ Meter Höhe zugelassen. Die Aufsaugung ist in wenigen Stunden beendet; dann kann die Infusion wiederholt werden. Im Ganzen kann die Infusion, wenn nöthig, sehr oft gemacht werden; L. berichtet von Kranken, die im Ganzen 25 Liter Wasser erhalten haben. Bei sehr elenden Kranken ist es gut, jedesmal kleine Mengen, nicht mehr als 200 Ccm. bei Erwachsenen, zu infundiren, um Ueberfüllung des rechten Herzens zu vermeiden.

Patienten in **apoplectischem Coma** sind **seitlich** zu lagern. Bei Apoplektikern wie bei Narkotisirten ist die Muskulatur der Rachengebilde gelähmt; in der Rückenlage sinkt der Zungengrund nach hinten und die Gefahr der Erstickung ist um so eher gegeben, als der im Munde angesammelte Speichel in den Kehlkopf zurückfließen kann. Die seitliche Lagerung begegnet der Gefahr drohender Erstickung. Die Apoplektiker sollen auf die gelähmte Seite gelagert werden; hierdurch wird die Belastung des Kehleingangs durch die Zungenbasis beseitigt und die im Munde angestaute Flüssigkeit kann ungehindert nach außen abfließen. Der englische Arzt Bowles hat der Seitenlagerung der Apoplektiker ein ganzes Buch gewidmet (Stertor, apoplexy and the management of the apoplectic state, London 1895); er will nach diesem einfachen Handgriff wesentliche Besserungen des Gesammtzustandes bei Apoplektikern gesehen haben.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 4. **XXXXI. Jahrgang** **25. April 1900.**

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Die Pest. Ueber Jodipin. — Zur wissenschaftlichen Begründung der Organtherapie. Die Behandlung chronischer und acuter Erkrankungen der Luftwege mittelst Guajacolcarbonat und Creosotal. Behandlung der fibrinösen Lungenentzündung nach Prof. Eichhorst. Zur Therapie des Diabetes mellitus. Ueber Radicalbehandlung des Epithelialkrebses mit Arsenik. — Zur Behandlung der Placenta praevia. Ueber eine bisher nicht genügend beachtete Ursache der Säuglingssterblichkeit. — Faradisation bei Opiumvergiftung. Tintenbäder und Tintenumschläge bei Hautkrankheiten. Weißes Kautschuk-Heftpflaster. Ueber Anwendung eines Herzstützapparates bei Herzaffektionen.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Die Pest. Sammelbericht über Vorträge des Herrn Prof. Karl Fraenkel im hygienischen Institute in Halle a. S. Von Dr. Dietrich-Merseburg. (R.-Med.-Anz.)

Gang der Pest und deren augenblickliche geographische Verbreitung. Als Ursprungsherde sind in Asien das Hochland von Tibet und Mesopotamien anzusehen, in Afrika scheint Uganda ein Herd zu sein, wo die Pest nie ganz erlöscht und von wo sie anscheinend in das Land Kischiba im Hinterland von Deutsch-Ostafrika geschleppt wurde. Hier ist sie vor einigen Jahren vom Stabsarzt Zulpitza festgestellt worden. Der Hauptherd ist jedenfalls das Hochgebirge von Tibet mit den unwegsamen und schluchtenreichen Thälern des Himalaja. Der Mangel jeder Kultur, die Schwierigkeit eines regelmäßigen Zu- und Abganges von Sachverständigen zu den oft jahrelang auf sich selbst angewiesenen Hüttenortschaften der dortigen Gebirgsbevölkerung, sowie die zur bestimmten Jahreszeit durch das Nomadenleben der an den höchsten Stellen angesiedelten Stämme vermittelte Uebertragung ansteckender Keime unter die einzelnen Stämme vereinigen sich mit der Trägheit und Gleichgiltigkeit der die Oberherrschaft haltenden chinesischen Regierung, um hier einen glimmenden Pestbrand zu unterhalten, der von Zeit zu Zeit durch verschiedene, uns zum Theil noch unbekannte Einflüsse zu einem Großfeuer angefacht wird, dessen Funken die gesammte Erdbevölkerung gefährden. Eine Art der Fortschleppung des Pestgiftes aus Tibet ver-

mitteln die von China nach Rußland oder Indien ziehenden Gruppen von reisenden Kaufleuten oder solchen Grenzbewohnern, die sich in Indien oder Rußland Arbeit suchen wollen. Auf diese Weise ist wahrscheinlich im Jahre 187[illegible] die Epidemie in Wetljanka entstanden, wo innerhalb sechs Wochen 20 pCt. der Bevölkerung von der Pest hingerafft wurden. Damals wurde die Seuche nur durch das gewaltsame Vorgehen der russischen Regierung auf die ergriffenen Ortschaften beschränkt und dann erstickt. Auf dieselbe Weise wurde die Pest 1898 nach dem Hafen von Pakhoi im Golf von Tongking eingeschleppt, von hier kam sie höchst wahrscheinlich auf dem Seewege nach Macao, Hongkong und Canton. 1895 trat sie auch in Bombay auf, entweder durch den Seeweg vermittelt, oder was wahrscheinlicher ist, auf dem Landwege auch hier aus den Thälern des Himalaja eingeschleppt. Von Bombay verbreitete sie sich nach und nach über ganz Englisch-Indien. Besonders zu erwähnen sind die Seuchenorte: Karatschi (Kurrachee), Poona (Puna), Cower Damann. Von Indien kam die Pest wahrscheinlich schon früher nach Mekka und Medina, überhaupt nach Arabien. jedenfalls ist jetzt die Landschaft El Asha in Südarabien verseucht. Ferner wurde die Pest nach Madagaskar, Suez und sogar nach dem Londoner Hafen verschleppt, wo 1896 3 Pesttodesfälle unter der Besatzung eines Indienfahrers festgestellt wurden.*) Das Schiff war am 20. August 1896 in Bombay angefahren und kam am 11. September in der Themse an. Erst am 26. September 1896 erkrankte der erste Mann an der Pest. — In den folgenden Jahren nahm die Pest einen langsamen und sicheren Fortgang. Im März 1898 trat sie heftiger in Culao (Annam) auf, wo die von Canton und Hainam nach Singapore fahrenden kleinen chinesischen Schiffer Halt zu machen pflegen. Auf dem Seewege gelangte die Pest im Mai 1899 aus Indien über Aden nach Alexandrien, auch in Suez wurden wieder Pestfälle beobachtet. Ferner trat sie in Algier auf. Von Madagaskar, wo die Seuche jetzt noch wüthet, kam sie nach Mauritius und Reunion und nach der Delagoa-Bay (Lorenzo Marquez). Auch in der deutschen Kolonie Togo an der westafrikanischen Küste sollen Fälle von Pest beobachtet sein.

Neuerdings ist die Pest auch in dem portugiesischen Hafenort Porto in bedrohlicher Weise aufgetreten. Porto unterhält keinen unmittelbaren Schiffsverkehr mit Indien, da-

*) Dieser Bericht war schon im November 1899 fertiggestellt. Inzwischen ist die amtliche „Belehrung über die Pest“ in den Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamtes 1899 No 49 erschienen, die in vortrefflicher Weise die nachstehenden Ausführungen ergänzte. Es sei hier noch besonders auf diese Belehrung aufmerksam gemacht mit dem Wunsche, daß sie jedem Arzte amtlich und unentgeltlich übermittelt werde.

gegen einen sehr lebhaften mit Alexandrien über London. Auch in Lissabon sind Pestfälle vorgekommen, ferner vor kurzem ein Fall in Triest auf einem Schiffe, das von den kleineren türkischen Häfen des Mittelmeeres kam. Inzwischen hat sich die Pest ganz plötzlich auch in Südamerika und zwar zuerst nicht an der Küste, sondern in der Hauptstadt Paraguays, Asuncion gezeigt, später dann auch in dem brasilianischen Hafenort Santos. Von hier ist sie neulich nicht nur nach Newyork, sondern auch auf einen anderen österreichischen Dampfer mit dem Ziel Triest verschleppt worden. Auch in Rußland war die Pest bereits im Oktober 1898 festgestellt worden und zwar in Angob im Samarkand, wo sie durch das thatkräftige Einschreiten des Prinzen Alexander von Oldenburg binnen kurzem vernichtet wurde. Im Sommer 1899 trat sie im Dorfe Kolobowka, Kreis Zarewo, Gouvernement Astrachan an der Wolga auf und zwar meist als Pestlungenentzündung. Auch diesmal wieder ist Prinz Alexander mit einer Anzahl geschulter Bakteriologen in die bedrohte Gegend geeilt.

Die Seuche scheint demnach in einem unheimlich sicheren und stetigen Gang Europa von Westen, Süden und Osten immer näher zu kommen.

Der Krankheitserreger der Pest wurde gleichzeitig von dem Japaner Dr. Kitfasata und dem Franzosen Dr. Jersin 1894 in Hongkong entdeckt, als ein kleines, dickes Stäbchen, das besonders in seiner Eigenart, Farbstoffe aufzunehmen, den Mitgliedern der hämorrhagisch-septikämischen Bakteriengruppe, in erster Linie dem Bacillus der Hühnercholera und dem der Pseudotuberkulose ähnlich ist. Der Pestbacillus zeigt Polfärbung, im Ausstrichpräparat einen Hof (schleimige Hülle, Kapselbildung), färbt sich mit den bekannten Anilinfarbstoffen leicht, verhält sich aber gegen die Gram'sche Färbung ablehnend. Geisseln sind nicht beobachtet, ebenso wenig Eigenbewegung, auch kennt man keine Dauerform. Doch verfügt der Pestbacillus über eine gewisse Widerstandsfähigkeit gegenüber der Austrocknung. Allerdings hat Fluegge gezeigt, daß der Pestbacillus bei einer Austrocknung bis zur vollkommenen Luftverstäubung abstirbt.

Dagegen ist der Pesterreger mit unseren gebräuchlichsten chemischen Desinficientin leicht zu tödten. Karbolsäure und Lysol können schon in 1-prozentiger Lösung verwandt werden. In einer 2,5 bis 3-prozentigen Lysollösung sterben die Pestbacillen innerhalb weniger Minuten, in einer 1-prozentigen Sublimatlösung nach wenigen Augenblicken, bei Sonnenlichteinwirkung oder bei Erhitzung bis auf 60° C. in 2 bis 3 Stunden. Formalindämpfe tödten den Pestbacillus ebenfalls sicher nach einigen Stunden; da der Pestbacillus zumeist an der Oberfläche haftet, eignet sich die Formalindesinfektion gut zur Pestzimmerdesinfektion.

Die Pestbacillen sind Aëroben und lassen sich auf den gebräuchlichen Nährboden leicht züchten, nur bedürfen sie einer gewissen Concentration der Nährböden. Besonders leicht wachsen sie auf Gelatine, selbst bei niederen Temperaturen, sogar im Eisschrank — nur hier langsamer. Dabei bleiben die Begleitbakterien im gegebenen Falle vollkommen zurück, während die Pestbacillen sich üppig entwickeln. Dies ist für die Differentialdiagnose zu verwerthen. Auf Agar zeigt sich bei Brüttemperatur in etwa 2 Tagen eine weißliche, ziemlich dicke Auflagerung von zäher schleimiger Beschaffenheit. In Gelatineplatten sind die bei 22° C. 2 bis 3 Tage lang gewachsenen Pestcolonien kleine durchsichtige Pünktchen, die die Gelatine nicht verflüssigen. Mikroskopisch stellen sie sich als gelbbräunliche Hervorragungen dar, die concentrisch geschichtete, mit einem zarten, ausgezackten Rand umgebene Scheiben bilden. Charakteristisch ist die Entwickelung in Fleischbrühe, wo sich zunächst eine Deckhaut bildet, von der Fortsätze nach unten (Stalaktiten) auswachsen. Diese treten noch besser hervor, wenn man die Bouillon mit Butter versetzt. Auf den gewöhnlichen Nährmitteln (Milch, Bananenscheiben usw.) soll dagegen der Pestbacillus sich nicht weiter entwickeln. Auf Nährböden, die einen gewissen Gehalt an Kochsalz (3 pCt.) haben, wachsen die Pestbacillen zu eigenthümlichen, kugeligen, wurstförmigen Gebilden (Evolutionsformen), Zerrbilder, wo die Leiber blasig aufgetrieben sind, wie Monaden oder Hefezellen.

Den Nagern gegenüber erweist sich der Pestbacillus als sehr gefährlich, die geringste Widerstandsfähigkeit zeigen die Ratten, der graue Affe, die Mäuse, die anderen Affen. Meerschweinchen, Kaninchen etc. Den größten Widerstand findet der Pestbacillus bei den Wiederkäuern, in der Mitte scheint der Mensch zu stehen. Auch das Schwein wird ergriffen, wenigstens in bestimmten Racen. Ganz immun scheint dagegen der Hund zu sein. Von den Insekten scheinen nur die Fliegen zu erkranken, während Flöhe, Wanzen, Stechmücken (Mosquito) das Gift nur mit ihrem Körper übertragen, es auch im Darm beherbergen und dann mit den Faeces abgeben.

Durch die Empfänglichkeit der Hausthiere, besonders des Hausungeziefers und die Möglichkeit der Uebertragung von ihnen auf die Menschen, erscheint die Pest als die bei weitem gefährlichste Volksseuche. Man hat die Pest für eine primäre Rattenseuche gehalten. Die große Gefahr kranker Ratten für den Menschen ist selbst den Naturvölkern bekannt, die Negerstämme Centralafrikas (Uganda) verlassen ihre Hütten, wenn ein großes Rattensterben eintritt, und siedeln sich an anderen Orten an.

Die Giftigkeit (virulenz) des Pesterregers ist sehr

schwankend. Sie läßt sich durch Passage steigern. Eine künstliche Abschwägung ist bisher noch nicht beobachtet, jedoch wurde eine natürliche Abschwächung durch Fortzüchten auf künstlichen Nährböden festgestellt. Beim Einbringen eines Erregers von starker Virulenz in das Unterhautzellgewebe tritt Pestseptikämie ein, das heißt der Tod erfolgt, ehe sich lokale Erscheinungen am Versuchsthier zeigen, Blut und sämmtliche Organe findet man dann mit Pestbacillen überhäuft. Bei abgeschwächter Virulenz jedoch tritt Lymphdrüsenentzündung ein, die bei der Hautpest (Drüsen-Beulenpest) des Menschen charakteristisch ist, und bei der im Blut und den inneren Organen keine oder nur sehr wenige Bacillen sich vorfinden. Dies deutet darauf hin, daß die Schutzstoffe im Blut die Bacillen abgeschwächter Virulenz zu vernichten im Stande sind.

Das Pesttoxin ist noch nicht mit voller Sicherheit dargestellt, jedenfalls gehört es zu den Protëinstoffen, die sich im Protoplasma des Mikroorganismus finden und nicht zu den Stoffwechselprodukten des Erregers, die man zu den Toxalbuminstoffen rechnet. Das Pesttoxin ist sehr labil, namentlich gegen Temperatur und Licht sehr empfindlich.

Auch gegen die Pest hat man die Schutzimpfung versucht und zwar mit gutem Erfolge. Es handelt sich hier in erster Linie um die aktive Schutzimpfung, bei der durch Einbringung eines Reizes, des Pestgiftes, Schutzstoffe im Blute erzeugt werden. Man konnte hierbei natürlich nicht die lebenden Pestbacillen dem Menschen einspritzen, sondern nahm eine bestimmte Menge einer Kultur, in der die Bacillen vorsichtig abgetödtet waren. Nachdem der Betroffene einen ziemlich starken Reizzustand (Fieber, örtliche Schwellung usw.) überstanden hatte, trat bei ihm nach etwa 7 bis 9 Tagen der Impfschutz (die Immunität) ein. Mit dem Serum eines aktiv immunisirten Thieres kann man einer anderen Person wiederum die passive Schutzimpfung zu Theil werden lassen. Diese tritt sofort ein, ihre Wirkung ist jedoch nur von sehr kurzer Dauer und unsicher. Der aktive Impfschutz dagegen hält mehrere Monate an und ist, wenn auch nicht absolut, so doch relativ in ausreichendem Maaße, das heißt, im ungünstigsten Falle tritt die Pesterkrankung ein, aber sie verläuft wenigstens bedeutend leichter. Ueber angeborene Immunität bei Menschen ist bisher nichts in Erfahrung gebracht worden.

(Schluß folgt.)

Ueber Jodipin. In einer Arbeit über die physiologische und therapeutische Bedeutung des Jodipins theilt Ludwig Hesse folgendes mit: Uebereinstimmend lauten die Beobachtungen dahin, daß die Anwendung des Jodipins von

jenen unangenehmen Nebenerscheinungen so gut wie frei bleibt, die der Gebrauch der Jodalkalien in so markanter Weise im Gefolge hat. Bei innerlichem Gebrauche verursacht das Jodipin nur in ganz seltenen Fällen Jodismus, und dann treten die Erscheinungen lange nicht in der Stärke und dem Umfang auf wie nach der Darreichung von Jodalkalien. Dagegen rühmt man die günstige Einwirkung des Jodipins auf den Stuhlgang und betont die Hebung des Ernährungszustandes, die das Präparat nach innerlicher und subcutaner Einnahme im Gefolge hat. Gleichzeitig bestätigen die Beobachter, daß das Mittel ohne Widerwillen genommen wird. Einzelnen Patienten, die gegen den öligen Geschmack empfindlich sind, verordnet man es mit warmem Kaffee, oder versetzt es mit etwas Pfefferminzöl oder reicht es mit Cognac vermischt. Manche Aerzte lassen mit Vortheil etwas Schwarzbrod unmittelbar hinter der Gabe Jodipin kauen. Das Jodipin kann bei allen Krankheitserscheinungen mit Nutzen zur Anwendung gebracht werden, bei denen der Gebrauch von Jodsalzen angezeigt ist. O. Frese verwendete das Mittel bei Bronchitis, Asthma bronchiale und Emphysem mit sehr günstigem Erfolge, und zwar verordnete er das 10proz. Präparat in Dosen von 2—3 Theelöffel voll täglich. Das Hauptverwendungsgebiet werden immerhin die mannigfachen Formen der scrophulösen und syphilitischen Erkrankungen ausmachen. Diesbezügliche Publicationen liegen bis heute von Losio, Burkhart, Rosenthal, Radestock und insbesondere Klingmüller vor. Alle Autoren sprechen sich in sehr günstiger Weise über die Wirkung des Präparates aus. Insbesondere erreicht man mit der Verwendung des Jodipins bei allen tertiären luetischen Krankheitserscheinungen ausgezeichnete Resultate, mögen dieselben nun in der Haut, in den Muskeln, den Knochen, in den Eingeweiden oder in dem Nervensystem auftreten. Gleiche Erfolge sind auch bei Aorten- und sonstigen Gefäßaneurysmen, sowie bei einzelnen Tabesfällen zu verzeichnen. Burkhart verordnet das Jodipin in täglichen Dosen von 2—3 Theelöffel voll. Radestock verschreibt das Jodipin in Gaben bis zu 40 und 50 g pro die. Gerade für diese hohen Werthe eignet sich selbstverständlich kein Präparat besser, als das gleichmässig und successive vom Körper verarbeitete Jodipin. Klingmüller (Neisser'sche Klinik in Breslau) zieht die subcutane (nicht intramusculäre) Einverleibung des Jodipins der Darreichung per os ganz entschieden vor. Jodipin ist selbst bei Verwendung sehr grosser subcutaner Gaben ganz und gar ungiftig und auf subcutane Weise kann man selbst bei solchen Patienten, die Jodipin weder per os nehmen wollen noch können, eine energische Jodbehandlung durchführen. Dass das so eingeführte Jodipin auch thatsächlich verarbeitet und

nutzbar gemacht wird, wurde früher schon betont. Die Jodausscheidung erfolgt nach subcutaner Application etwas spät, erst am zweiten bis fünften Tage nach der ersten Injection. Es ist deshalb wohl empfehlenswerth, die subcutane Methode anfänglich durch innerliche Darreichung zu unterstützen, wenn es sich darum handelt, rasche Jodwirkung zu erzielen. Die subcutanen Einspritzungen, die in der Glutaealgegend oder in der Rückenhaut vorgenommen werden, sind schmerzlos, bequem und billig. Für dieselben ist das 25proz. Jodipin schon um deswegen vorzuziehen, weil man mit Hilfe kleinerer Quantitäten größere Mengen Jod in den Körper einverleiben kann. Klingmüller constatirt eine ganz specifische Wirkung des Jodipins auf tertiäre Lues. In neuerer Zeit dient das Jodipin auch zu physiologischen Versuchen. Fussend auf der bereits von Winternitz ermittelten Thatsache, daß der Speichel bei normaler Magenthätigkeit frühestens 1/4 Stunde, spätestens 3/4 Stunden nach Jodipingenuß Jodreaction giebt, benutzten Winkler und Stein das Mittel, um Störungen der Magenfunctionen nachzuweisen. Hierzu verwenden sie frisch hergestelltes Stärkekleisterpapier, welches im Dunkeln mit 5procentiger Ammonsulfatlösung getränkt wird. Streifen solchen Papiers werden nun an dem einen Ende von je 15 zu 15 Minuten mit Speichel benetzt. Die geringsten Mengen Jod machen sich durch eine Blaufärbung des Papiers geltend, deren Intensität sich bis in's Schwarzblaue steigert. Diese Reaction tritt jedoch bei gestörter Magenfunction, bei Gastroptose, bei Magendilatation und Carcinomen mit großer Verspätung ein.

(Pharmaceutische Centralhalle, 1900, Nr. 1.)

II. Medicin.

Zur wissenschaftlichen Begründung der Organtherapie. Von Dr. Richter. (Verhandlungen der Berliner mediz. Gesellschaft.)

Die Organtherapie ist nicht so neu, wie man jetzt geneigt ist, anzunehmen. Abgesehen von den zahlreichen Angaben über die therapeutische Verwendung von Thierorganen im Volke, hat diese Therapie auch schon im Arzneischatz der wissenschaftlichen Medizin einen breiten Raum eingenommen, wie man in der Pharmakologie von Oesterlen aus der Mitte dieses Jahrhunderts ersehen kann, wo das Cerebrin und viele andere scheinbar moderne organotherapeutische Präparate gegen Krankheiten der betreffenden Organe empfohlen werden. Die neueren Bestrebungen auf diesem Gebiet knüpfen an den Namen Brown-Sequard's an. Dieser

lehrte, daß von einer Reihe von Organen Sekrete geliefert werden, die ins Blut gelangen und hier eine für den Organismus nützliche Aufgabe zu erfüllen haben. Das von Brown-Sequard geschaffene Schlagwort von der inneren Sekretion hat dazu dienen müssen, allen organtherapeutischen Bestrebungen ein wissenschaftliches Mäntelchen zu geben. Abgesehen von einzelnen glänzenden Ausnahmen ist man bisher auf diesem Gebiet über eine kritiklose Empirie nicht hinausgekommen und die erste Begeisterung ist denn auch nach vielen Mißerfolgen etwas verraucht. — Von dem zu viel präjudicirten Begriff der inneren Sekretion muß man zunächst absehen, da eine solche nicht für alle Drüsen erwiesen ist, während sie auch für nicht drüsige Organe behauptet wurde. Der Weg zur Erforschung dieser Verhältnisse kann nur das Laboratoriumsexperiment sein. Durch dieses müssen die Fragen beantwortet werden: bedingt der Ausfall des Organs im Körper Ausfallserscheinungen? und ferner, sind diese durch Einverleibung der betreffenden Organsubstanz zu vermeiden?

Die Organotherapie ist eben ihrem Wesen nach eine Substitutionstherapie. Neben der spezifischen, substituirenden Wirkung des organotherapeutischen Präparates können noch andere, z. B. tonisirende Wirkungen einhergehen, — diese stellen aber keine Organotherapie dar im Sinne Brown-Sequard's. — Was hält nun von der bisherigen Organotherapie in diesem Sinne einer strengen Kritik stand? Nur die Schilddrüsentherapie, obwohl auch gegen diese Einwände erhoben sind; aber es ist doch sicher, daß durch Entfernung der Schilddrüse Ausfallerscheinungen entstehen, welche durch Einführung von Schilddrüsensubstanz ganz oder theilweise aufgehoben werden. Bei anderen Organen dagegen, deren Substanz auch ziellos therapeutisch verwerthet wurde, läßt schon die physiologische Grundlage im Stich, in dem unsere Kenntnisse über die physiologische Funktion dieser Organe noch zu unklar sind. Wie verhält es sich im Besonderen mit den Drüsen, von denen Brown-Sequard's Theorie ausging, — mit den Geschlechtsdrüsen? Hier ist die Prüfung der organotherapeutischen Bestrebuugen am einfachsten und günstigsten. Bei anderen Organen sind Ausschaltungen undenkbar oder sehr schwer und gestatten wegen der Schwere des Eingriffs keine reine Deutung der Ausfallserscheinungen, während gerade Ausschaltungen der Geschlechtsorgane sehr häufig vorkommen werden und keinen gefährlichen Eingriff darstellen. Auch liegt hier eine große Reihe von sicheren Beobachtungen über Ausfallserscheinungen vor. Man weiß, daß der Ausfall der weiblichen Geschlechtsdrüsen den Organismus viel mehr in Mitleidenschaft zieht als der der männlichen. An dem normalen Climacterium haben wir täg-

lich Gelegenheit, die Veränderungen des Organismus zu studiren, und die operative Gynäkologie hat uns mit der Beweiskraft des Experiments über die Wirkungen der plötzlichen Ausschaltung der Ovarien belehrt. Im natürlichen wie im künstlichen, anticipirten Climacterium traten die bekannten, höchst unangenehmen Erscheinungen auf, wie Blutwallungen, Schweiße, Schwindel, event. Alterationen der Psyche u. s. w. Es war ein glücklicher Gedanke von Theodor Landau, diese Störungen mit Darreichung von Ovarialsubstanz zu bekämpfen, und es sind denn auch günstige Erfolge berichtet und vielfach bestätigt. Von Seiten der Empirie hat damit die Organotherapie einen bedeutenden Schritt nach vorwärts gemacht, auf die Erklärung der Wirkung einzugehen, hat L. Landau dagegen in seinem Vortrag, den er über dieses Thema in der Medizinischen Gesellschaft gehalten, verzichtet; seine Ausführungen in dieser Beziehung sind nur eine Umschreibung der Lehre Brown-Sequard's von der inneren Sekretion.

Wenn man nun versuchen will, eine wissenschaftliche Begründung für dies Gebiet der Organotherapie zu geben, so kann man zunächst für den experimentellen Nachweis der Wirkung der Ausschaltung der Ovarien mit den nervösen Erscheinungen wenig anfangen, man muß sich nach Kriterien umsehen, welche einer objektiven Betrachtung zugänglich sind. Solche sind erstens der Einfluß der Ovarien auf die benachbarten Sexualorgane — die Exstirpation der Ovarien bedingt eine langsame Atrophie des Uterus — und zweitens der Einfluß der Castration auf den ganzen Körperhaushalt, resp. dessen Aenderung in verschiedenen Richtungen, von denen eine in neuester Zeit mehrfach studirt ist. Seit der Entdeckung Fehling's, daß die Osteomalacie durch die Castration beeinflußt wird, ist die Einwirkung dieser auf das Knochenwachsthum, auf die Kalk- und Phosphorausscheidung wiederholt untersucht worden. Eine Erklärung für den von Fehling beobachteten Einfluß glaubte man auf Grund experimenteller Beobachtungen in der Thatsache zu finden, daß die Castration die Phosphorsäureausscheidung vermindert, während die Zufuhr von Ovarialsubstanz sie vermehrt, — Beobachtungen, die sich allerdings in neueren Versuchen nicht bestätigt haben. Während die Beziehungen zur Phosphorsäureausscheidung also noch nicht geklärt sind, ist im Allgemeinen der Kalkstoffwechsel noch zu unsicher in seinen physiologischen Grundlagen, um an seinen Veränderungen ein Kriterum für den Effekt der Castration zu gewinnen. Viel länger bekannt dagegen sind andere Beziehungen — der Einfluß der Castration auf den allgemeinen Ernährungszustand und den Fettansatz. Die Wirkungen der Castration in dieser Beziehung sind so auffallend, daß sie längst auch

im Volksmund zu finden sind. Eine Statistik über diese Frage ergiebt in der That einen wirklichen, stichhaltigen Zusammenhang zwischen dem natürlichen oder anticipirten Climacterium und dem Ernährungszustand, indem zwar nicht in allen Fällen, auch nicht einmal in der Mehrzahl, aber doch in 25—30 pCt. der Fälle ein von anderen begünstigenden Momenten so unabhängiger Fettansatz beobachtet wird, daß jedenfalls kein Zufall vorliegen kann. Es lag daher nahe, zu prüfen, ob die Ursache hierfür auch eine nachweisbare Störung des Stoffwechsels anzusprechen sei. Wenn die oxydativen Prozesse im Körper vor und nach der Castration andere waren, so war damit ein experimenteller Maßstab für den Einfluß der Castration auf den Organismus gewonnen, an dem dann auch der event. substitutive Effekt der Organtherapie zu messen war. In der Litteratur nun liegen über diesen Punkt bisher nur zwei einzelne Angaben vor, systematische Untersuchungen darüber sind noch nicht angestellt. Die von dem Vortragenden zusammen mit A. Loewy im Zuntz'schen Laboratorium vorgenommenen Versuche an einer Hündin ergaben nun eine ganz unzweideutige Antwort auf jene Frage. Aus einer tabellarischen Uebersicht über den Gaswechsel, speciell den Sauerstoff Verbrauch der Hündin erhellt zur Evidenz ein ganz entscheidender Einfluß der Castration auf den Gaswechsel, indem der Sauerstoff-Verbrauch im Laufe einiger Monate nach der Operation deutlich abgenommen und sich andauernd — bis über ein Jahr — so niedrig gehalten hat. In gleicher Richtung wirkte die Castration beim männlichen Thier, — nur daß hier eine deutliche Differenz schon nach soviel Tagen da war, wie beim weiblichen nach Wochen. — Diese Beobachtung ist nicht nur theoretisch interessant, sondern auch von praktischer Bedeutung.

Seit Cohnheim hat sich die Auffassung immer mehr Bahn gebrochen, daß wir für gewisse Fälle von Fettleibigkeit als Ursache eine pathologisch verminderte Oxydationsenergie anzunehmen haben, d. h. eine Constitutionsanomalie — gegenüber der Mastfettsucht, die nur das Produkt einer Ueberernährung ist. Für diese Auffassung sprechen u. A. die Beobachtungen von hereditärer Fettsucht, von exorbitanter Fettleibigkeit im Kindes- und Säuglingsalter, die Prädisposition mancher Rassen zur Fettleibigkeit und eben die Erfahrungen über den Einfluß des Climacteriums. Es sind nur noch wenige Autoren, welche das Vorkommen einer Fettsucht in diesem Sinne bezweifeln. Sie können allerdings für sich anführen, daß ein Beweis für die Richtigkeit jener Auffassung bisher nicht erbracht sei, indem die Gaswechselanalysen bei Fettleibigen bisher nicht für sie sprechen und Magnus-Levy, ein Gegner jener Anschauung, meint, daß

solche Herabsetzung des Sauerstoffverbrauches wohl für einige Fälle, z. B. auch im Climacterium gefunden, würde, und auch zur Erklärung des Fettansatzes ausreichte, in Wirklichkeit aber doch so gering wäre, daß sie noch innerhalb der Fehlerquellen der Methode lägen. Dem gegenüber ist zu betonen, daß die Versuche von R. und Loewy bei der Hündin nach der Castration eine Herabsetzung des Sauerstoffverbrauches bis um 12 pCt. ergeben haben. Es ist hiermit also unwiderleglich der Beweis erbracht, daß die supponirte Herabsetzung der Oxydationenergie nach der Castration existirt, und man kann hiernach auf dem Boden von Thatsachen unterscheiden zwischen einer mechanisch, durch Ueberernährung, erstandenen Fettleibigkeit und einer infolge organischer Veränderungen im Sauerstoffwechselmechanismus entstandenen Fettsucht.

Für die Theorie der Oophorintherapie ist es nun von Interesse zu sehen, wie diese durch die Castration gesetzten Stoffwechsel-Veränderungen durch die Zufuhr von Eierstocksubstanz — Oophorintabletten — beeinflußt werden. Der Versuch ergab das überraschende Resultat, daß sofort der Gaswechsel wieder kolossal gesteigert wurde und über den ursprünglichen Werth sogar hinausging und noch lange nach dem Aussetzen der Oophorintabletten ziemlich hoch blieb. Auch diese Beobachtung hat ein großes praktisches Interesse. Eine derartige Wirkung kennen wir bisher nur von einem Mittel, der Schilddrüsensubstanz, und man hat daher auch versucht, diese zur Steigerung der Oxydationsenergie bei der Fettsucht, der gegenüber wir bisher machtlos waren, zu verwerthen, doch haben die anfangs gehegten Erwartungen nicht Wort gehalten. Wie das Oophorin als Entfettungsmittel wirkt, darauf ist bisher wenig geachtet, aber es sind doch — was um so beweisender ist — einige Beobachtungen von Entfettung rein empirisch beiläufig mitgetheilt, — die eine von Stabsarzt Burghart, der ein 20jähriges fettes Mädchen mit infantilem Uterus und zurückgebliebenen Ovarien unter der Oophorintherapie 16 Pfund abnehmen sah, während das Körpergewicht nach Aussetzen des Präparates wieder stieg, um später bei erneuter Darreichung wieder herunterzugehen.

Damit erscheint nun auch eine andere Richtung der Oophorintherapie weniger phantastisch als bisher — nämlich die Anwendung des Mittels bei der Chlorose. Immer mehr Autoren sind geneigt, den Keimdrüsen in der Aetiologie der Chlorose eine Bedeutung zuzuerkennen, eine Auffassung, die auch v. Noorden in seiner Monographie über die Chlorose vertritt. Die normaler Weise von den Ovarien ausgehende Anregung zur Blutneubildung scheint bei den Chlorotischen zu fehlen, und auch auf diesem Gebiet liegen schon einige

therapeutiſche Erfahrungen vor, welche eine Weiterprüfung angezeigt erſcheinen lassen.

Wichtiger aber noch als die praktiſchen Ergebnisse sind die theoretiſchen Folgerungen aus den oben mitgetheilten Versuchen. Sie sind für die ganze Frage der Organtherapie von Belang. Sie zeigen stringent, daß es eine Substitutionstherapie in dem Sinne giebt, daß nur die Zufuhr der Substanz des ausgeſchalteten Organs die Wirkung dieses ersetzt, während andere Organsubstanzen und ebenso dieselbe Organsubstanz im unveränderten Organismus wirkungslos sind. So erwiesen sich Spermin- und Didymintabletten bei der castrirten Hündin ohne jeden Effekt auf den Gaswechsel und auch das Oophorin zeigte selbst in größten Dosen am normalen Thiere nicht den mindesten Einfluß darauf. — Hiermit ist zum ersten Mal gezeigt, daß eine Substitutionstherapie wirklich möglich ist. Für die Schilddrüse ist dieser Nachweis zwar versucht, aber nicht erbracht. Der Nachweis ist hier auch viel ſchwieriger, weil die Extirpation der Schilddrüse bei Thieren einen ſchweren Eingriff darstellt, und der Einfluß von Schilddrüsensubstanz bei Fettleibigen und Fettsüchtigen ist deshalb ſchwer zu beurtheilen, weil sie auch beim gesunden, nicht fettleibigen Menſchen nicht wirkungslos bleibt. Auch bei der castrirten Hündin stieg nach Darreichung von Schilddrüsensubstanz der Gaswechsel an, aber nicht quantitativ wie nach Oophoringaben und nicht mehr, als beim castrirten Thiere. Wahrſcheinlich beruht diese Wirkung der Schilddrüsensubstanz auf toxiſchen Einflüssen, die zu einer Eiweißzersetzung führen und auch einen längeren Gebrauch der Substanz unmöglich machen, während für das Oophorin ſchon von vornherein nach den bisherigen kliniſchen Erfahrungen eine eiweißſchädigende Wirkung nicht wahrſcheinlich war, und experimentelle Untersuchungen des Eiweißstoffwechsels ergeben in der That, daß das Oophorin in diesem Punkte keinen deletären Einfluß ausübt und unbeſchadet des Eiweißbestandes lange Zeit fortgegeben werden kann.

Noch ein anderes bemerkenswerthes Ergebniß hatten die Versuche: Während beim männlichen Thiere fast sofort nach der Castration der Gaswechsel herunterging, vergingen beim weiblichen Thiere Wochen, bis eine Differenz deutlich war. Dieser Zwiſchenraum entspricht der Zeit, innerhalb deren es nach der Castration zur Uterusatrophie kommt, und man könnte daran denken, daß inzwiſchen der Uterus die Funktion der Ovarien übernimmt. Interessant sind auch hierher gehörige, kürzlich aus Petersburg gemachte Mittheilungen, nach denen die Uterusatrophie nach Castration nicht eintritt, wenn das Ovarium wieder im Körper implantirt wird und anwächst, während die Uterusatrophie nicht ausbleibt, wo es resorbirt wird.

Mithin ist die Organtherapie, wenn sie auch todte Substanzen in den Körper einführt, auch eine Cellulartherapie im Sinne Virchow's.

Die Behandlung chronischer und acuter Erkrankungen der Luftwege mittelst Guajacolcarbonat und Creosotal von Fritz Hölscher. — Die von H. und Seifert im Jahre 1891 eingeführte Behandlung der Lungentuberkulose mit Guajacokarbonat und mit dem analogen, kurz darauf von Chaumier empfohlenen Creosotal (Creosotcarbonat) ist seitdem in der medicamentösen Behandlung der Tuberculose an die erste Stelle getreten. Die übereinstimmenden Erfahrungen einer großen Anzahl exacter Beobachter stellen die eminenten mit Guajacolcarbonat und Creosotal erzielbaren Heilerfolge außer Frage. Sorgfältigste Ernährung, womöglich Ueberernährung, bildet einen wesentlichen Factor dieser Therapie. Vorzuziehen ist eiweißreiche Kost, da die großen Dosen des aus den Carbonaten resorbirten Guajacols und Creosots einen wesentlich verstärkten Eiweißzerfall im Körper bewirken. Aus der Untersuchung des Urins folgt, daß das resorbirte Creosot resp. Guajacol, an Schwefel gebunden durch die Nieren wieder abgeschieden wird. Dieser Schwefel kann nur aus Eiweißstoffen stammen, welche in Folge dieser Entziehung von Schwefel zerfallen müssen. Die Eiweißmenge, welche dem an ausgeschiedenes Creosot gebundenen Schwefel entspricht, ist eine bedeutende. Eiweißreiche Kost ist deshalb unerläßlich, wenn man nicht eine Schwächung des Kranken durch die Guajacolcarbonat- und Creosotaltherapie herbeiführen will. Da diese Arzneimittel die Verdauung nicht in Unordnung bringen, wie das ätzende, giftige freie Guajacol und Creosot, sondern im Gegentheil gestörte Verdauung durch Verhinderung abnormer Fäulnißvorgänge in Ordnung bringen und dazu stark appetitanregend wirken, wird gerade durch Guajacolcarbonat und Creosotal erhöhte Nahrungszufuhr und Nahrungsaufnahme ermöglicht. Die Wirkung des Guajacolcarbonats und Creosotals besteht aber nicht etwa ausschließlich in Anregung des Appetits oder Beeinflussung der Symptome der Krankheit, sondern scheint sich direct gegen die Krankheitserreger, indem durch Imprägnirung des Körpers mit Creosotverbindungen die Lebensbedingungen für die Krankheitserreger verschlechtert werden, und zweitens gegen die die Krankheitssymptome (Fieber, Appetitlosigkeit, Nachtschweiße etc.) erregenden giftigen Stoffwechselproducte, durch Elimination derselben. Diese giftigen Stoffwechselproducte, welche wegen ihrer starken chemischen Reactionsfähigkeit labile Eiweißstoffe genannt sind, werden gerade wegen ihrer großen Reactionsfähigkeit in erster Linie mit dem resorbirten Creo-

sot unter Abgabe des Schwefels reagiren, während die weniger reactionsfähigen normalen Eiweißstoffe erst in zweiter Linie reagiren werden. Die Entziehung des Schwefels hat einen weiteren Zerfall und die Elimination der Zersetzungsproducte durch die Nieren zur Folge. Die oft eintretende Dunkelfärbung des Urins ist kein Vergiftungszeichen und darf die Patienten nicht ängstlich machen. Nach Einnahme großer Dosen von Creosotal wird freies Creosot direct durch die Lungen abgeschieden; der Athem des Patienten nimmt starken Creosotgeruch an. Alle sorgfältigen Beobachter constatiren folgende Wirkungen der Creosotaltherapie:

a. starke Hebung des Appetits selbst in den Fällen, in denen durch eine vorangehende Creosotcur vollständige Appetitlosigkeit eingetreten war;
b. schnelle, oft ganz enorme Hebung des Körpergewichts.
c. Fieber, Nachtschweiße und Schwächegefühl verschwinden schon nach mehrwöchiger Behandlung;
d. Husten und Auswurf werden allmählich geringer, um endlich ganz zu verschwinden. Die Bacillen im Auswurf nehmen sehr schnell ab;
e. die physikalischen Symptome ausgesprochener Phthise können nach sechsmonatlicher Behandlung zum Schwinden gebracht werden: oft jedoch ist eine längere Behandlung erforderlich. Bei beginnender Phthise dagegen (Lungenspitzencatarrh, Bacillen im Auswurf) verschwinden schon nach zwei- bis dreimonatlicher Behandlung auch die physikalischen Symptome vollständig.

Noch augenfälliger als bei den chronischen Lungenerkrankungen ist die Wirkung der Creosotalbehandlnng bei den acuten Lungenerkrankungen (Pneumonie, Broncho-Pneumonie, grippale Pneumonie etc.), wie aus den soeben bekannt gewordenen Erfahrungen hervorgeht, welche Cassoute und Corgier in den Hospitälern von Marseille gesammelt haben. Pneumonie soll bei rechtzeitiger Darreichung großer Dosen Creosotal coupirt, bei verspäteter Darreichung sehr wesentlich abgekürzt werden. Der typische Temperaturfall tritt schon nach 24 Stunden ein. Die Entfieberung ist eine dauernde bei fortgesetzter Darreichung von Creosotal. Dagegen steige die Fiebercurve, sobald das Creosotal wieder ausgesetzt wird, ehe die Zeichen der Auscultation vollständig verschwunden sind. Die so häufigen Folgekrankheiten, besonders Tuberculose, sollen bei der Creosotalbehandlung der acuten Erkrankung der Luftwege vollständig vermieden werden.

Daß auch heute noch viele Creosot benutzen, erscheint ungerechtfertigt, da das Creosotal jetzt zu den billigen Arzneistoffen gehört. Guajacolcarbonat allerdings ist noch immer theuer. Die tropfenweise Selbstdosirung des ungefährlichen

Creosotals ist schon der Billigkeit halber allen Creosotalmischungen vorzuziehen.

Von hohem Werthe würde die statistische Zusammenfassung der in Folge der heutigen ausgebreiteten Anwendung des Guajacolcarbonats und Creosotals jedenfalls überaus zahlreichen Erfahrungen sein. Ein solches statistisches Material würde allerdings nur dann von dauerndem Werth sein, wenn nur sorgfältig beobachtete Fälle registrirt werden und die Registrirung in Form von tabellarischen Uebersichten zusammengefaßt wird, so wie es z. B. Jacob und Nordt in den Charité-Annalen für 1897 mit ihren Erfahrungen über Creosotal in der Leyden'schen Klinik gethan haben.

Behandlung der fibrinösen Lungenentzündung. Nach Prof. Eichhorst. Eine uncomplicirte fibrinöse Lungenentzündung bei einem jugendlichen, kräftigen Menschen bedarf überhaupt keiner medicamentösen Behandlung. Solchen Patienten verordnet E. seit 15 Jahren blos eine Phosphorsäuremixtur 5,0 : 200,0. Es gibt aber nicht wenige Zustände, welche den normalen Verlauf einer Pneumonie stören können und ärztliches Einschreiten erfordern. Den Werth und die Indicationen zur Anwendung der verschiedenen dabei in Betracht kommenden Mittel faßt E. folgendermaßen zusammen: Der früher so beliebte, später vollständig in Mißcredit gefallene Aderlaß kann unter gewissen Umständen, nämlich bei drohendem Lungenödem, lebensrettend wirken und E. hält es für weit weniger gefährlich, einen Aderlaß vielleicht unnöthig vorzunehmen, als ihn unter den angegebenen Umständen bei einer fibrinösen Pneumonie ganz unterlassen zu haben. Mag es sich um Säufer oder Greise handeln, die Blutentziehungen sonst schlecht vertragen, auch für sie kann der Aderlaß bei drohendem Lungenödem im Verlauf einer Pneumonie lebensrettend sein. Veratrin und Tartarus stibiatus, welche früher von hervorragenden Autoritäten warm empfohlen wurden, sind heute obsolet geworden und verdienen nicht aus der Vergessenheit hervorgezogen zu werden. Wichtiger ist die Rolle der Digitalis. Dieselbe ist aber eine rein symptomatische und kommt nur bei drohender Herzschwäche in Betracht. Von einem unmittelbaren Einfluß der Digitalis auf den Entzündungsprozeß in den Lungen hat sich E. nicht überzeugen können. Vom gleichen Standpunkt aus beurtheilt er die Anwendung des Alcohols, gegenüber denjenigen, welche eine förmliche Alcoholtherapie der Pneumonie die eines schnellwirkenden Reizmittels für ihren Herzmuskel und vielleicht auch für ihre Nerven bedürfen, und das ist in der Regel nur bei Pneumonikern in vorgerückteren Lebensjahren der Fall. Bei jugendlichen Kranken ist der Alcohol-

gebrauch nur dann nothwendig, wenn es sich um Säufer handelt. Fanatische Abstinenten behaupten freilich, daß selbst pneumonische Säufer den Alcohol entbehren können; das ist aber entschieden unrichtig. und E. ist mancher abstinente Arzt bekannt, der auf Grund unliebsamer Ueberraschungen sehr bald wieder seinen verkehrten Grundsatz aufgegeben hat. Die sog. antipyretische Wirkung des Alcohols kommt dagegen für die Praxis nicht in Betracht. Die Indication zur Verordnung von Alcohol deckt sich mit derjenigen zur Digitalisverordnung, nur pflegt nach E. die Digitalis bei Kranken mit beträchtlicher Cyanose weit sicherer und schneller zu wirken, wenn eine Stimulation mit Alcohol vorausgegangen ist. Handelt es sich darum, möglichst schnell die Herzkraft zu steigern, so eignen sich die Coffëinpräparate vielleicht noch besser als Digitalis dazu. Ebenfalls kommt Kampher als Stimulans in solchen Fällen in Betracht.

Im allgemeinen ist vor dem Gebrauch der Narcotica zu warnen; in wirklich wirksamen Dosen unterdrücken sie den Hustenreiz und die Expectoration, sodaß für den Kranken Erstickungsgefahr durch Anhäufung von Secret in den Bronchien eintreten kann. Gegen den pleuritischen Schmerz allein wirken trockene und blutige Schröpfköpfe, sowie warme Umschläge in der Regel weit besser als Morphium: dazu sind sie völlig gefahrlos. Bei großer Unruhe und Delirien wird man aber in seltenen Fällen die Narcotica nicht entbehren können. Eine antipyretische Behandlung der fibrinösen Lungenentzündung ist in der Mehrzahl der Fälle überflüssig. Nur bei solchen Kranken, welche erfahrungsgemäß hohe Körpertemperatur schlecht vertragen, wie bei Säufern, Herzkranken, Schwangeren und Greisen, soll man versuchen, die erhöhte Körpertemperatur herabzusetzen. Zu diesem Zweck giebt E. den innerlichen Fiebermitteln, namentlich dem Phenacetin, vor Bädern den Vorzug. Die Erfahrungen, die E. zu früheren Zeiten mit der Bäderbehandlung der Pneumonie machte, waren nicht derart, daß sie ihn aufmuntern, mit derselben fortzufahren. Das wiederholt empfohlene Pilocarpin hydrochlorium muß als ein nicht ungefährliches Mittel hingestellt werden. Die Blutserumtherapie der Pneumonie ist noch in der Entwicklung; aus ihren bisherigen unbedeutenden Resultaten läßt sich ein Schluß für die Zukunft nicht ziehen.

(Therap. Monatshefte 1900.)

Zur Therapie des Diabetes mellitus referirte Dr. Lenné, Neuenahr, in einem Vortrag auf dem 21. Balneologencongreß, zunächst über Arbeiten Blumenthal's und anderer, denenzufolge gewisse Eiweißarten (Acidalbumin, Eieralbumin, Albumose etc.) eine Kohlehydratgruppe vorge-

bildet enthalten, andere dagegen wie Akalialbuminat, Casein, Vitelin, Gelatine (Krawkow) nicht, woraus Bl. für die Eiweißdiät des Diabetikers folgert, daß dieselbe nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ zu regeln sei. Vortr. erachtet diesen Punkt gleichfalls von großer Tragweite in dem Falle, daß das Nahrungseiweiß als solches, nicht aber erst nach Umwandlung in Organeiweiß zum Abbau kommt. Betreffs der Muskelarbeit mahnt L. wieder zur größten Vorsicht bei Diabetes-Erkrankungen schweren Grades. Alle Diabetiker, welche sich in Stikstoffunterbilanz befinden, bedürfen mehr oder weniger vollkommener Ruhe und möglichster Schonung. Von Medikamenten hat L. das Antimellin bei Kranken versucht, ohne Erfolg konstatiren zu können; er mahnt die Aerzte zur strengeren Prüfung der jetzt so vielfach angepriesenen Mittel, damit dieselben nicht immer weiter unter der Flagge ärztlicher Empfehlung trotz ihrer Unwirksamkeit zur Verwendung kommen, wie die Pil. Myrtill., das Glycosolvol u. a. Zum Schlusse werden die Resultate eines Selbstversuches mit Neuenahrer Sprudel mitgetheilt. Das Thermalwasser wurde während neun Tagen in einer Menge von 1000 — 1600 Cc. getrunken. Die Einwirkung auf den Organismus war folgende: Die Diurese wurde mächtig gesteigert, die Zahl der Harnentleerungen verdoppelte sich und die Menge des vierundzwanzigstündigen Harnes übertraf schließlich die Menge der eingeführten Flüssigkeit um ein Erhebliches; die Magen- und Darmthätigkeit wurde vermehrt, die Gesammtsäure des Harns stark abgestumpft und die Ausfuhr von Säuren und sauren Salzen vermindert. Letztere Thatsache berechtigt zu dem Rückschlusse, daß die Alkalität der Gewebssäfte entsprechend erhöht worden sein muß. Für die Diabetestherapie folgt hieraus, daß die Anwendung alkalischer Heilquellen durchaus rationell ist, da die Alkalitherapie z. Z. den Kernpunkt der medikamentösen Diabetesbehandlung bildet.

Ueber Radikalheilung des Epithelialkrebses mit Arsenik berichtet Trunezek („Klin. therap. Wsch.", 1900, Nr. 2). Das Carcinom darf, soll die Cerny-Trunecek'sche Methode wirksam sein, noch nicht weit vorgeschritten, lokal und von außen zugänglich sein. Für diese Therapie eignen sich somit die Carcinome der Haut ohne Rücksicht auf ihre Größe, die Carcinome des äußeren Gehörganges, der Lippen, der Mundschleimhaut, bisweilen jene des Kehlkopfes. Das Mittel scheint desto besser zu wirken, je stärker exulcerirt das Neoplasma ist. Kleine, nie operirte Carcinome erfordern durchschnittlich drei bis vier Wochen zur Heilung. Die Einpinselung kann bei in der Woche ein- bis zweimaliger Beaufsichtigung dem Kranken durch den

Arzt selbst überlassen werden. Die Heilung beruht darauf daß die Krebszellen zuerst durch Alkohol ihres Wassergehaltes beraubt werden und dann ihr Protoplasma unter dem Einflusse des Arsens koagulirt wird. Die Stromazellen degeneriren hyalin und rufen eine Exsudation hervor, welche in den durch das Arsenik abgetödteten Zellen Veränderungen herbeiführt. Schließlich tritt eine demarkirende Entzündung ein, die, am Ende in Eiterung übergehend, den durch das Arsenik nekrotisirten Tumor exfoliirt. Die Applikation des Mittels geschieht in folgender Weise: Das neoplastische Geschwür wird gereinigt; eine stärkere Blutung ist zu vermeiden. Hierauf wird das Mittel umgeschüttelt und mit einem Pinsel aufgestrichen, trocknen gelassen, nach fünf Minuten eine zweite Pinselung vorgenommen. Das Geschwür bleibt dann den ganzen Tag ohne Verband. Das Mittel besteht aus einer Mischung von 1 gr Arsentrioxyd (As_2O_3) und 75 gr Aethylalkohol (C_2H_6O) und ebensoviel Wasser.

Rp. Acid. arsenicos. pulver. 1,0
Alkohol. aethyl. absol.,
Aq. destillat. aa 75,0
S. Aeußerlich.

Am zweiten Tage ist das Geschwür gewöhnlich mit einer Borke bedeckt; diese wird nicht entfernt, sondern so wie am ersten Tage einmal oder zweimal täglich bepinselt, je nachdem der Kranke das Mittel verträgt. Bei fortgesetzter Pinselung löst sich schließlich unter demarkirender Eiterung die immer dicker gewordene Borke los; die Ablösung muß ohne Blutung erfolgen, sonst ist man nicht sicher, ob nicht in der Tiefe noch Carcinomtheile zurückgeblieben sind. Je dicker die Borke im Laufe der Behandlung wird, desto mehr Arsen muß das Mittel enthalten, allmählich bis zu

Rp. Acid. arsenic. pulv. 1,0
Alkohol. aethyl. absol.,
Aq. destill. aa 40,0
S. Aeußerlich.

Nach Abstoßung der Borke wird die Wundfläche einmal mit einer Mischung von 1 : 150.0 gr eingepinselt; hat sich am nächsten Tage eine gelbgrüne Borke gebildet, dann ist alles Carcinomgewebe entfernt. Die Wunde wird schließlich wie jede gewöhnliche granulirende Wunde zur Heilung gebracht. Dies ist im wesentlichen der Vorgang bei der Arsentherapie.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

In der gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden hielt (C. f. G. 46, 1899) Dr. von Holst einen Vortrag **über die Behandlung der Placenta praevia,** dem wir das Nachstehende entnehmen.

Alle Geburtshelfer sind darin einig, daß in allen Fällen das Leben der Mutter stets in erster Linie in Betracht kommt; aber es darf auch das Leben des Kindes nicht als etwas Nebensächliches behandelt werden. Es soll eine gute Methode darauf hinauslaufen, daß das Leben der Mutter und, wenn irgend möglich ohne Schaden für dieselbe, das Leben des Kindes zugleich zu erhalten gesucht wird. Dieses ist am besten mit Anwendung der Hystereuryse gelungen.

Was die Methode selbst anlangt, so ist sie keineswegs schwierig oder gefahrvoll, weder für die Mutter, noch für das Kind.

1) Handelt es sich um Placenta praevia centralis, so wird man vorsichtig sondirend mit dem Zeigefinger der linken Hand oder auch mit der Hystereurynterzange die Placenta durchbohren, wobei man gut die Verletzung grösserer Gefässe vermeiden kann.

Nun wird am Finger entlang der Braun'sche Kolpeurynter, der zusammengefaltet von der Hystereurynterzange (leicht wellenförmig gebogene, stärkere Kornzange) gefaßt ist, in das Ei geschoben, die Zange dann abgenommen und die Gummiblase mit sterilem Wasser oder leichten Desinfektionsflüssigkeiten aufgespritzt, wozu 5—600 gr Flüssigkeit genügen. Der Schlauch wird abgeklemmt und an der Klemme ein Zug angebracht mittels eines Pfundgewichts. Der Hystereurynter schmiegt sich als elastische Gummiblase eng den Wandungen an und erzeugt durch Druck auf die cervikalen Ganglien kräftige Wehen, durch die eine gleichmässige, vollständige Eröffnung des Muttermundes erzielt wird. Jede Blutung steht nach Anbringung des Zuges sofort.

Wesentlich ist dabei, daß der Zug nicht zu stark ist; denn dann würde lediglich eine mechanische Wirkung zu Stande kommen, der Kolpeurynter würde sich wurstförmig ausziehen und ohne die gewünschte Wirkung geboren werden.

2) Bei lateralem Sitze der vorliegenden Nachgeburt wird man möglichst mit Vermeidung des gänzlichen Fruchtwasserabflusses durch die Blase den Hystereurynter einführen.

3) Bei marginalem Sitze wird man, wenn die Blutung dazu auffordert, bei Kopf- und Steißlagen die Blase sprengen und die Geburt spontan verlaufen lassen.

4) Bei Querlagen wird man beim Einführen der Gummiblase dafür Sorge tragen, daß die Fruchtblase entweder erhalten bleibt, oder der Fruchtwasserabfluß ein ganz allmähliger ist.

Ist der Hystereurynter geboren, so kann jede Operation bei vollkommen eröffnetem Muttermunde vorgenommen werden.

Es kann nicht der Mutter (bei strengster Sauberkeit) nur sehr selten dem Kinde durch Anwendung dieses Verfahrens irgend ein Schaden erwachsen.

Die Zeitdauer bis zur Geburt des Kindes beträgt im Durchschnitt 2 — 3 Stunden, die Nachgeburtsperiode verlief im Allgemeinen ohne Störungen. Selten nur mußte ein adhärenter Theil gelöst werden.

Ueber eine bisher nicht genügend beachtete Ursache hoher Säuglingssterblichkeit. Von Dr. Sonnenberger. (Kinderarzt, 1. December 1899.)

1. Die bei künstlich ernährten Säuglingen vorkommenden Krankheiten der Verdauungsorgane — welche ca. 70 Proc. aller bei derartig ernährten Kindern im 1. Lebensjahr auftretenden Erkrankungen ausmachen — insbesondere aber das unter den Namen „Cholera nostras", Gastroenteritis acuta", „Brechdurchfall" bekannte Symptomenbild, sind meist als Intoxicationen aufzufassen.

2. Diese Intoxicationen werden durch die eingeführte Nahrung bezw. die Milch verursacht, und zwar entstehen sie zum Theile durch Bacterien (Infection, bacterielle Intoxication), zum großen Theile sind es aber rein chemische Intoxicationen (durch chemische Noxen verursachte Vergiftungen); auf letzteres Factum hat S. schon vor ca. 10 Jahren — und zwar als Erster — eingehend hingewiesen; infolge der damals herrschenden einseitigen bacteriologischen Strömung in der Pädiatrie und Hygiene konnte diese Ansicht aber keinen Boden gewinnen.

Die chemischen Intoxicationen als Ursache der Verdauungsstörungen künstlich ernährter Säuglinge kommen sehr häufig vor. Ihre Entstehungsweise basirt auf den Thatsachen, daß die Milch nicht allein ein Secretions-, sondern auch ein Excretionsproduct der Milchdrüsen ist und daß die Herbivoren eine Reihe von Giften, insbesondere Alkaloide, in großer Menge ertragen können, ohne zu erkranken, insbesondere zur Zeit der Lactation, da jene Gifte — Alkaloide, Glycoside, Amide, Enzyme und ähnliche, theilweise hochgradig giftige Stoffe, wie sie in einer großen Zahl sehr gangbarer und viel gebräuchlicher Futterstoffe enthalten sind — zum Theile in und mit der Milch ausgeschieden werden.

4. Diese in der Milch oft enthaltenen sogen. Futtergifte

verursachen in einer Reihe von Fällen den Symptomencomplex von Reizung des Magendarmcanales oder rein toxischer Verdauungsstörungen (Erbrechen, Durchfall, Collaps), was besonders der Fall zu sein scheint, wenn es sich um kleinere Mengen der eingeführten Gifte handelt; in einer weiteren Reihe von Fällen treten aber auch die charakteristischen Symptome der einzelnen Gifte nebenher auf. Wir beobachten je nach der Art des eingeführten Giftes (Solanin, Saponin, Colchicin, Sinapin etc.) dann die verschiedenartigsten Symptome, z. B. Pupillenenge oder -Weite, verlangsamten oder beschleunigten Puls, Fieber, Anurie, Albuminurie, Convulsionen, blutigen Stuhlgang etc.

Da eine nachträgliche Vernichtung der Alkaloide und anderer Gifte in der Milch durch Erhitzen, Sterilisiren etc. meist nicht möglich ist, indem eine große Anzahl derselben sich als äußerst widerstandsfähig gegen hohe Hitzegrade und sonstige äußere, die Bacterien sicher abtödtende Einflüsse erwiesen haben, so müssen wir dafür sorgen, diese Gifte und ihre Erzeuger aus dem Futter des Milchviehes fernzuhalten.

Es dürfte sich daher empfehlen, dort, wo es sich um die Erzeugung von Kindermilch handelt, ganz bestimmte Normen für die Fütterung des betreffenden Viehes aufzustellen, die für die verschiedenen Gegenden verschieden sein müssen. Hier nach der Schablone „nur Trockenfütterung" zu handeln, ist nicht correct. Allerdings ist die Grünfütterung in vielen Gegenden Deutschlands, wo Wiesen, Weiden und Kleeäcker immer mehr mit giftigen Unkräutern bewachsen werden, zu verwerfen (ebenso die Fütterung mit Kartoffelkraut, Reblaub etc.) Bei gutem, gleichmäßigem Wiesenwuchs, wie dieser z. B. auf den Schweizer Matten, in vielen Gegenden Norddeutschlands stattfindet, kann Grünfütterung gestattet werden. — Andererseits ist nicht jedes Trockenfutter giftfrei, so z. B. mit Unkrautsamen durchsetzte Kleie, die technischen Rückstände der Zuckerfabrication (Rübenschnitzel), der Branntweinbrennereien (die verschiedenen Schlempesorten) und der Oelfabrication (Press-Oelkuchen), die unbedingt zu verwerfen sind. Sehr gefährlich für die Milch ist auch die Verfütterung gekeimter (solaninhaltiger) Kartoffeln, von verregnetem, faulendem Grünfutter oder Heu etc. Die ideale Fütterung zum Zwecke der Kindermilchproduction muß vor Augen haben: Fernhaltung aller Gifte und ihrer Producenten (unkrautsamenfreie Kleie, Schrot, gutes Gebirgs- und Wiesenheu!).

7. Zur Vermeidung der Entstehung der in Rede stehenden Erkrankungen des Säuglingsalters ist es auch von großer Wichtigkeit, daß die Wiesen-, Weide- und Kleewirthschaft

in vielen Gegenden Deutschlands rationeller betrieben werde. Die Ueberhandnahme der Verunkrautung muß — auch im eigensten Interesse der Landwirthschaft — energisch von letzterer bekämpft werden. Ferner muß der Vertrieb der Handelsfuttermittel einer scharfen behördlichen Controle unterstehen, insbesondere in Bezug auf Reinheit (mit Unkraut samen verunreinigte Kleie etc.).

8. Die Therapie der chemischen Milchintoxicationen stimmt überein mit derjenigen der bacteriellen Milchintoxicationen und geht in beiden Fällen im allgemeinen darauf aus, das eingedrungene Gift zu entfernen (Magen- und Darmspülungen, Calomel, das auch Darmdesinficiens ist), ferner das Gift möglichst zu binden (Tannin und seine Präparate — welche insbesondere Alkaloide in unlösliche Verbindungen überführen — z. B. Tannalbin, Tanningen, ferner tanninhaltige Genuß- und Nährungsmittel, so schwarzer Thee, Eichelkaffee und Cacao, Milchsomatose, die sich auch als ein gutes Nährmittel dabei erwiesen hat). Entziehung der Milch — auch der Muttermilch — (als eines zu Zersetzungen leicht neigenden Materiales) auf eine Reihe von Stunden und bei schweren Fällen selbst Tagen. Symptomatische Behandlung der einzelnen Symptome, z. B. des Collapses, der Convulsionen etc. Uebergangsernährung durch Kindermehle, Rahmgemenge etc.

Verschiedenes.

Faradisation bei Opiumvergiftung empfiehlt Dr. Model (Münch. Med. W. Nr. 5, 1900). Ein schwächliches, mit Magen-Darmkatarrh behaftetes Kind erhält durch ein Versehen zu viel Opium und bietet bei Ankunft des Arztes ($7^1/_2$ früh) das Bild einer Leiche. Künstliche Athmung, Hautreize, Wärme, Hervorziehen der Zunge, Kitzeln der Fauces erfolglos. Die breite Plattenelektrode eines Stöhrer'schen Inductionsapparates wird auf das Epigastrium, die Knöpfchenelektrode auf den linken Phrenicus (vor dem Scalenus) gelegt — ein schwaches Inspirium wird vernehmbar. Durch zehn Stunden athmete das Kind, wenn es faradisirt wurde, sonst nicht. Erst gegen Abend desselben Tages begann das Kind spontan zu athmen und erholte sich hierauf vollständig. Eine Magenausspülung konnte M. nicht vornehmen, da ihm der elastische Katheter nicht zur Verfügung stand.

Vor etwa zehn Jahren hat Unna, veranlasst durch die relativ geringe Wirksamkeit der einfachen Gerbsäurepräparate auf die gesunde

Hornschicht, das gerbsaure Eisenoxydul (Tinte) in die Hauttherapie eingeführt, bisher aber nur gelegentlich an verschiedenen Orten desselben Erwähnung gethan. Dr. Leo Leistikow empfiehlt nun auf Grund reichlicher Erfahrungen neuerdings **Tintenbäder und Tintenumschläge** bei verschiedenen umschriebenen entzündlichen Prozessen. In jedem Falle werden die beiden Lösungen (Tannin und Ferrum sulfurcium purum) getrennt verschrieben und die Tinte bei jedesmaligem Gebrauche frisch bereitet. Die Stärke der Tanninlösung schwankt zwischen 3 und 10 Proz., die der Ferrum sulfuricum-Lösung zwischen 2 und 5 Proz., je nach der Hartnäckigkeit der Erkrankung. In drei Fällen von Erythema exsudativum multiforme der Hände und Füße wurden täglich zweimal 15 Minuten lange lokale Tintenbäder verordnet. Der Erfolg bestand in rascher Anämisirung der Haut, raschem Eintrocknen der Bläschen und Papillen und schneller Ueberhornung. Das Jucken und Brennen hörte sofort auf. In sechs Fällen von lokalem Prurtus (ani, vulvae etc.) wirkten lokale Tintenumschläge, täglich zweimal 15 Minuten außerordentlich beruhigend und juckstillend. Bei hartnäckig rezidivirendem Herpes progenitalis trockneten die Herpeseruptionen schnell durch schwache Tintenumschläge zweimal täglich 10 Minuten und die Verhornung ging außerordentlich schnell von statten. In drei Fällen von subakutem vesicopapulösen Handekzem, mit Schwellung und Nässen komplizirt, bewirkten lokale, schwache Tintenbäder in der Dauer von 15 Minuten täglich sofort Abnahme der entzündlichen Symptome, des Nässens, der Röthung und des Oedems, Eintrocknen der Blasen, Abflachung der Papillen und rasches Eintrocknen und Ueberhäutung nach circa $1^1/_2$—2 Wochen. In drei Fällen von Ulcus cruris varicosum wurden mit Tinte benetzte Kompressen angewendet, die mit Guttapercha bedeckt, mit Binden fixirt und täglich einmal gewechselt wurden. In allen Fällen wurde der Schmerz sofort durch Umschläge beseitigt. Nach 2—4 Wochen traten gesunde Granulationen auf und nach weiteren 4—7 Wochen trat Ueberhornung ein.

(Monatsschr. f. prakt. Dermat.)

Weisses Kautschuk-Heftpflaster. (Monatshefte für prakt. Dermatologie.) Unna empfiehlt das weiße Kautschuk-Heftpflaster aus der Fabrik von Beiersdorf u. Co. als das Fixationsmittel par excellence für die verschiedensten Zwecke. Es ist absolut reizlos für kranke wie gesunde Haut und wird außer in den üblichen Breiten von 18 und 30 cm auch auf Spulen in fünf verschiedenen Breiten (1,25—2,5—3,75—5—7,5 cm) und zwei Längen (5 und 10 m) geliefert.

Als Fixationsmittel findet es vornehmlich Verwendung an schwer zu bedeckenden Körpertheilen, wie Ellbogen, Knie, Finger, Zehen, Hals Gesicht. Außer zur einfachen Fixation wird es mit Vortheil auch noch zur Kompression, z. B. zum Heftpflasterverband für den Hoden nach Fricke sowie bei der Methode der ziegelartig sich deckenden, komprimirenden Streifen bei Unterschenkelgeschwüren verwandt.

Infolge einer in mäßigem Grade vorhandenen Impermeabilität kann es schließlich noch zur Bedeckung stark wirkender Chrysarobin-, Pyrogallol-, Salicylsäure-, Theer- etc. -haltiger Salbenmulle dienen.

Ueber Anwendung eines Herzstützapparates bei Herzaffektionen insbesondere bei kardialer Dyspnoe. (Deutsche medic. Wochenschrift 1900, Nr. 4.) Veranlaßt durch die Beobachtung, daß Herzkranke häufig instinktiv mit der Hand nach der Herzgegend greifen und dieselbe stützen, hat Abbée (Nauheim) eine entsprechend geformte Pelotte — „Herzstütze" — konstruirt, durch deren Anwendung die subjektiven Beschwerden der Kranken, namentlich die dyspnoischen, und das Gehvermögen erheblich gebessert wurden. An seinen 29 Patienten konnte er aber auch Aenderungen des objektiven Befundes feststellen, bestehend in einer Verschiebung des Herzens nach oben um 2—3 cm, einer Vorlagerung des Spitzenstoßes medianwärts durch Axendrehung des Herzens, einer Verlangsamung des Pulses bis zu zehn Schlägen, einem Tiefertreten der Lungengrenzen um 1,5—2 cm. Die Aenderungen traten meist nach Anlegen des Herzstützapparates binnen 2—3 Minuten ein, um nach Abnahme desselben wieder zurückzugehen.

Die Wirkung der Pelotte besteht nach A. in einer mechanischen Aufrichtung der einzelnen Herzabschnitte, wodurch die Herzarbeit erleichtert wird, vielleicht aber auch — in den Fällen, in denen eine sofortige Besserung eintritt — in einer Beeinflussung der Coronararterien, deren Lumina wieder eine normale Rundung erhalten.

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

Nach einer Mittheilung des ständigen Secretärs, Geh. Sanitätsrath Dr. Spiess in Frankfurt a. M., wird die diesjährige Jahresversammlung des Vereins in den Tagen des 12. bis 15. September in Trier stattfinden. Für die Wahl von Zeit und Ort war die große Anziehungskraft, die voraussichtlich für sehr Viele die Pariser Weltausstellung mit ihren zahlreichen internationalen Congressen ausüben wird, andererseits die am 17. September beginnende Naturforscherversammlung zu Aachen bestimmend gewesen.

Folgende Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen: 1. Maßregeln zur Bekämpfung der Pest. 2. Die kleinen Wohnungen in Städten, ihre Beschaffung und Verbesserung. 3. Wasserversorgung mittelst Thalsperren in Gesundheitlicher Beziehung. 4. Ursachen und Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit. 5. Hygiene des Fahrrads.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 5. XXXXI. Jahrgang 25. Mai 1900.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Zwei neue Heilmittel, Bromipin und Jodipin; Originalartikel von Dr. Frensdorf in Frankfurt a. M. — Das Dormiol. Die Pest (Schluß). — Die Frühdiagnose der Tuberkulose. Die Bedeutung der physikalisch-diätetischen Heilmethoden für Klinik und Therapie. — Ueber Gewerbekrankheiten des Ohres. — Ueber Verstopfung durch rissigen After im Säuglingsalter. — Behandlung der Aphten. Beseitigung des Jodoformgeruches. Mittel gegen Gefäßmäler der Säuglinge.

Zwei neue Heilmittel, Bromipin und Jodipin.

Von Dr. Frensdorf, k. bayr. Stabsarzt u. prakt. Arzt in Frankfurt a. M.

Es ist kürzlich gelungen, den Arzneischatz wieder durch zwei neue Mittel zu bereichern, deren Erscheinen, wie mir scheint, jedem Arzte sehr willkommen sein dürfte. Es sind dies die in der chemischen Fabrik von E. Merk, Darmstadt, hergestellten Bromipin- und Jodipin-Präparate, welche als würdiger Ersatz der Brom- und Jod-Alkalien zu betrachten sein dürften.

Bromipin wie Jodipin stellen eine directe Verbindung der Halogene mit einer der leicht verdaulichsten Fette, dem Sesamoel, dar. Schon lange hat man versucht, dem Körper nicht an Alkali gebundenes Brom oder Jod zuzuführen, um insbesondere die bei der oft nöthigen längeren Ordination größerer Dosen nicht selten auftretenden Brom- wie Jod-Intoxicationen hintanzuhalten.

Durch die bekannten Winternitz'schen Versuche ist festgestellt, daß die zwei neuen Heilmittel in Folge ihrer organischen Verbindung mit Sesamoel vom Darm leicht aufgenommen werden und erst allmählich bei den Stoffwechsel-Vorgängen im Organismus ihre wirksamen Componenten-Brom und Jod abspalten.

Nach Winternitz zeigen die Brom- wie Jod-Fette, was den Umsatz im Körper betrifft, analoges Verhalten. Sie werden im ganzen Organismus abgelagert, besonders in der Leber, im Knochenmark, im Mesenterial- und Nierenfett.

Es ist festgestellt, daß das vom Darm resorbirte Fett, soweit es im Stoffwechsel nicht verbraucht wird, im Körper wieder als Fett sich ablagert. Es ist bewiesen, daß auch fremde Fette, wie z. B. Leinöl, die dem thierischen Organismus sonst nicht eigen sind, demselben zugeführt sich in dem Fett-Depots des Körpers nachweisen lassen. (Lebedeff. Centralblatt für die med. Wissenschaften 1882.) Eben derselbe Vorgang wird an Fetten beobachtet, die mit einem Halogen zu einer organischen Verbindung vereinigt sind.

Durch schon längere Anwendung ist nachgewiesen, daß Bromipin und Jodipin in größeren Mengen vom Magen, den sie eben als Fett, ohne angegriffen zu werden passiren, gut vertragen und vom Darm resorbirt werden, ohne ihn zu benachtheiligen.

Bromipin wie Jodipin (Merk) wurden bisher innerlich wie subcutan angewendet.

Merk fabricirt 10% Bromipin wie 33⅓%ige schön aussehende, kleine und daher gut zu schluckende Bromipin-Gelatine-Kapseln, letztere mit 2 grm Inhalt und stellt auch ein 10% und 25%iges Jodipin-Praeparat, letzteres zur subcutanen Injection, zur Verfügung.

Da ich in den letzten Monaten Bromipin wie Jodipin in meiner Praxis öfters angewandt habe, möchte ich hierüber eingehender berichten und zwar vorerst über die Bromipin-Anwendung, in zweiter Linie die des Jodipin.

Was die Anwendung des Bromipin betrifft, so sehe ich von den verschiedenen Fällen von nervöser Erregbarkeit, in denen ich es mit Erfolg ordinirte, ab, hingegen will ich einen Fall von schon länger bestehender Epilepsie besprechen, für welchen insbesondere mir das Bekanntwerden mit dem Bromipin äußerst willkommen war.

Es handelte sich hier um traumatische Epilepsie, deren häufige Anfälle mit den verschiedenen Bromsalzen zwar eingeschränkt wurden, wobei aber bei den allmählich nöthig gewordenen größeren Dosen so heftige Brom-Intoxication, wie insbes. erschwerter, fast tabetischer Gang, große Gedächtnißschwäche, Appetitlosigkeit, Foetor ex ore, blaurothe Verfärbung des Gesichts etc. eintrat, daß die Ordination Wochen lang bis zum völligen Verschwinden des Bromismus ausgesetzt werden mußte. Da hierdurch die Anfälle wieder häufiger sich einstellten, so griff ich mit Freude zum Bromipin (Merk) und sah zu meinem Erstaunen, daß längere Zeit nicht nur kein Anfall wiederkehrte, sondern auch Patient — was bei der Ordination von Bromsalzen nie der Fall war — stets guten Appetit und geregelteren Stuhlgang und mehr Lebens- und Arbeitsfreudigkeit zeigte und auch die entstellenden Gesichts-Acne-Knoten allmählich verschwanden.

Ob es gelingt, den bis jetzt guten Erfolg auch weiter zu erhalten und vielleicht sogar durch jetzt anfcheinend eher ermöglichte längere, ungestörte Fortsetzung der Ordination die äußerst wünfchenswerthe Heilung von diesem fchrecklichen Leiden zu erzielen, bleibe dahingestellt, unmöglich erfcheint es mir nicht, da 1. Bromipin geringere tägliche Dosen erfordert als die bisher angewandten Bromsalze und fchon deswegen besser vertragen wird; 2. dasselbe sich aus den Fett-Depots langsamer abfcheidet und so eher Ausbleiben von Bromintoxications Symptomen erwarten läßt, die mehr weniger längeres Aussetzen der Ordination gebieterifch verlangen und so 3. jedenfalls längere Zeit — was bei Epilepsie sehr in Betracht kommt — fortgebraucht werden kann.

Es wäre zu wünfchen, daß wir vielleicht in diesem Mittel ein Heilmittel erkennen könnten, umsomehr, da selbst die in neuester Zeit gegen diese fchreckliche Krankheit von mehreren Chirurgen so meisterhaft vollzogenen Hirn-Operationen leider noch ein so geringes Prozentverhältniß von Heilungs-Resultaten aufweisen (siehe Graf, Archiv für klin. Chirurgie, Bd. 56 u. Braun, deutfche Zeitfchrift für Chirurgie, Bd. 48).

Nachträglich ist noch anzufügen, daß von den in diesem Falle angewandten 33 1/3 % Bromipin-Gelatine-Kapseln (Merk) täglich 3–5 Stück, je nach dem Befinden des Clienten, ordinirt wurden.

Da der Inhalt einer Kapsel einem Bromgehalt von 0,66 Gramm entspricht und dem einer Menge von 0,99 Gramm Bromkali gleichwerthig ist, da der Brom-Gehalt des Bromkali 67 % beträgt, so bekam demnach Client täglich ungefähr 2—3,3 Gramm Brom = 3—5 Gramm Bromkali.

Zur Anwendung des Jodipin war mir nur in einigen Fällen von in- und extensiven chronifchen Bronchial-Catarrhen, sowie von leichteren Anfällen von Dyspnoe Gelegenheit gegeben. Hier zeigte das Jodipin die altbewährte Lösungs-Kraft des Bronchial-Secretes, wie wir es von Jodkali in größeren Dosen gewöhnt sind, wodurch auch sehr fchnell die Dyspnoe-Anfälle fchwanden. Ob es auch bei den hochgradigen suffocatorifchen Anfällen von Bronchial-Asthma, wo fchnelle Wirkung am Platze ist, selbst in entsprechenden größeren Dosen so prompt wie Jodkali wirkt, das ich seit Jahren als das bestbewährte, ja souveräne Asthma-Mittel mit jedesmaligem fchnellem, coupirendem Erfolge anwandte (siehe pract. Arzt No. 11, 1883), muß wohl noch die Zukunft lehren, jedenfalls hat Jodipin den Vorzug, daß es, da es ebenso wie Bromipin, den Magen nur passirt und erst im Darm zur Resorption kommt, den Magen nicht belästigt, was bei längere Zeit nöthiger Anwendung von großem

Werthe ist, und daß Eintritt von Jod-Intoxication fast ausgeschlossen erscheint, da es durch Aufspeichern in dem Körper-Fett-Depots im Gegensatze zu den Jod-Salzen nur allmählich, wenn auch dafür desto nachhaltiger, zur Wirkung kommt.

Die Anwendung des 10%igen Jodipin bestand in Ordination von 3—4 × täglich 1 Theelöffel pur, nur in einigen Fällen mußten wegen Widerwillens gegen den öligen Geschmack die bekannten Geschmacks-Corrigentien gebraucht werden.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber das Dormiol. Von Dr. Ernst Schultze (Andernach). Dormiol, Dimethyläthylcarbinolchlorat, ist eine wasserhelle, stechend mentholartig riechende Flüssigkeit von kühlend brennendem Geschmack und dem specifischen Gewicht 1,24 bei 15° C., welche sowohl unter normalem Drucke, wie auch im Vacuum unter Zersetzung siedet. Es läßt sich mit Alkohol, Aether, Chloroform, Benzol, fetten und ätherischen Oelen in jedem Verhältniß mischen und zeigt ein eigenartiges Verhalten gegen Wasser. Gießt man nämlich gleiche Mengen Dormiol und Wasser zusammen, so tritt zunächst keine Mischung ein, auch nicht beim Schütteln; die beiden Flüssigkeiten schichten sich vielmehr nach ihrem specifischen Gewicht übereinander. Nach Verlauf von mehreren Stunden mischen sich die Flüssigkeiten beim Umschütteln zu einer klaren Lösung Gibt man zu dieser Lösung das 4—5fache Volumen Wasser, so scheidet sich das Dormiol unverändert unter dem Wasser ab. Verdünnt man die concentrirte Lösung Dormiol allmälig mit Wasser, so kann man Dormiol in jedem Verhältniß mit Wasser in Lösung bringen. Dieser Vorgang läßt sich noch beschleunigen durch Erhitzen der Mischung auf dem Wasserbade bis auf 50—60° C. Beim Kochen findet eine Zersetzung statt. Da das Lösen von Dormiol in Wasser immerhin mit einigen Schwierigkeiten verbunden ist, so wird in Wasser gelöstes Dormiol 10%) direct in den Handel gebracht.

Dormiol wurde von Sch.*) in mehr als 1000 Einzeldosen gegeben, und zwar überwiegend per os in Wasser gelöst. Zur subcutanen Verwendung erscheint Dormiol nicht geeignet.

Der Schlaf trat in der überwiegenden Zahl der Fälle innerhalb der ersten Stunde nach Einnehmen des Mittels,

*) „Neurologisches Centralbl.", 1900, No. 6.)

meistens sogar innerhalb der ersten 30 Minuten ein. Seine Dauer betrug durchschnittlich 5–7—8 Stunden, hie und da auch noch mehr; in etwa $^3/_4$ der verwandten Fälle war das Dormiol von Wirkung.

Am besten, ja fast absolut sicher, wirkte das Dormiol bei vielen Fällen von Melancholie, Depression und Hypochondrie.

Die angewandte Dosis betrug, besonders in der letzten Zeit, gewöhnlich 1,5 Grm.; in vereinzelten Fällen war eine Erhöhung oder Verdoppelung der Dosis nothwendig, doch sind nie mehr als 3 Grm. gebraucht worden. Es scheint, daß, wenn diese Dosis nicht hilft, Dormiol überhaupt versagen wird.

Irgendwelche unangenehme oder gar bedenkliche Nebenerscheinungen, irgendwelche bemerkenswerthe Einwirkungen auf Respiration oder Circulation hat Sch. bisher bei Dormiol nicht eintreten sehen.

Eine Angewöhnung des Organismus an das Mittel und somit das allmälige Nachlassen seiner Wirkung konnte nicht festgestellt werden; freilich ist dabei nicht außer Acht zu lassen, daß sich die vorliegenden Untersuchungen auf einen relativ kleinen Zeitraum zusammendrängten.

Sch. glaubt, das Dormiol als ein brauchbares und ziemlich sicher wirkendes Schlafmittel für Geisteskranke (abgesehen von flotter Manie und Paralyse mit starker Erregung empfehlen zu dürfen.

Ueber Versuche mit dem neuen Schlafmittel **Dormiol** berichtet Dr. Peters aus der inneren Abtheilung des Luisenspitals zu Aachen. Das Mittel wurde angewendet bei Erkrankungen des Nervensystems sowohl functioneller wie organischer Natur, ferner bei Krankheiten der Lunge, des Herzens, des Darmes, der Niere, der Leber, des Peritoneums etc. Unter den functionellen Neurosen befanden sich solche mit hartnäckiger und schon lange bestehender Schlaflosigkeit. Genommen wurde das Mittel von den Kranken ausnahmslos ohne Widerwillen und zwar entweder als 10proc. wäßrige Lösung in Milch oder in Gelatinekapseln von je 0,5 g Gehalt. Unangenehme Nebenwirkungen traten in keinem Falle auf; eine objectiv nachweisbare Nebenwirkung auf Herz, Niere (auch bei bestehender Nephritis), Blase etc. wurde nie beobachtet. In 84 pCt. der Fälle trat ein mehr oder weniger tiefer Schlaf ein. Der Erfolg war wie bei den anderen Schlafmitteln in den meisten Fällen ein rein palliativer, bei einigen Kranken wurde jedoch die Agrypnie zweifellos gebessert und blieb der Schlaf auch nach Aussetzen des Dormiol dauernd gut. Besonders gute Dienste leistete das Dormiol bei der Schlaflosigkeit im Gefolge

functioneller Neurosen. Selbst in Fällen, wo die Schlaflosigkeit im Mittelpunkt der neurastheniſchen Beſchwerden stand, gelang es durch verhältnißmäßig geringe Gaben von Dormiol (bis zu 1 g) günstig auf die Agrypnie einzuwirken. Bei einer Encephalopathia saturnina mußten Gaben bis zu 1,5 gegeben werden, um dann allerdings festen, dauernden Schlaf zu erzwingen. Ebenso wurde Schlaflosigkeit bei Morbus Basedowii durch 1 gr. Dormiol günstig beeinflußt, bei Tabes dorsalis ſchon durch 0 5 g. Auch bei Erkrankungen der anderen Organe war die Wirkung eine ausreichende. Bei urämiſcher Agrypnie in Folge chroniſcher Nephritis genügten Gaben von 0,5—1,0 g. vollständig. Bei vorgeſchrittener Lungenphthise wirkte es nicht. — Als Anfangsdosis, die in den meisten Fällen ausreichte, wurde meist 0,5 gegeben. Die ſchlafmachende Wirkung trat durchſchnittlich nach ½—1 Stunde ein. Selten trat die Nothwendigkeit ein, mit der Dosirung bis auf 2 g. zu steigen. Der Preis des Dormiols ist geringer als der der übrigen Hypnotica (1 g kostet 0,10 Mk.). Auf Grund dieser Erfahrungen kann nach Sch. das Dormiol als Schlafmittel wirklich empfohlen werden.

(Münch. med. Wochenſchr. 1900, No. 14.)

Die Pest. Von Dr. Dietrich - Merseburg. (Schluß zu No. 4). Die Eingangspforten des Pesterregers, sowie die anatomiſchen und kliniſchen Erſcheinungen, die er hervorruft, sind sehr mannigfaltig. Die Pest kennzeichnet sich auch hierin als eine der gefährlichsten ansteckenden Krankheiten. Während zum Beispiel der Cholerabacillus seinen Eingang nur durch den Verdauungsſchlauch seines Opfers findet, ist es bei der Pest nicht nur dieser Weg, sondern auch der der Athmung und vor allen Dingen die äußere Haut und Schleimhaut (Lippe, Nase, Augen, Geſchlechtstheil, After), durch die der Pestbacillus eindringt.

Dem Ausbruch der Erkrankung geht meist eine Zeit der Einnistung (Inkubation) von 3 bis 10 Tagen voraus. Doch sind auch Fälle beobachtet worden, wo ſchon 24 Stunden nach der Ansteckung die Krankheit in Erſcheinung trat. Sie beginnt entweder mit einem Vorläuferzustand (Prodromalstadium), in dem Mattigkeit, Kopfſchmerz, Uebelkeit und Schwindel auftreten, oder sie erſcheint ganz plötzlich mit Schüttelfrost und den geſchilderten Erſcheinungen. Immer ist das Gefühl des Schwerkrankseins und Abgeſchlagenseins aller Glieder vorhanden. Das Bewußtsein ist meist getrübt, zuweilen sofort ganz aufgehoben, so daß tiefe Schlafsucht besteht. In einzelnen Fällen ist das Bewußtsein klar bis zum Tode.

Die häufigste Form der Pest beim Menſchen ist die

Haut, Drüsen, Bubonenpest. Jede Haut und Schleimhautfläche kann durch innige Berührung mit dem Pestbacillus zur Ansteckung führen. Die verletzten Stellen (Schrunden, Risse, oberflächliche Kratzwunden usw.) sind selbstverständlich der Ansteckung leichter ausgesetzt, aber auch diese können die Ansteckung vermitteln. Bei den hochempfänglichen Ratten wenigstens genügt das einfache Einbringen einer äußerst geringen Menge von Pestbacillen in die unverletzte Augenlidbindehaut oder auf die Nasenschleimhaut, um tödtliche Pest hervorzurufen. Man muß die Pestansteckung als eine „Keiminfection" auffassen.

Siedelt sich ein schwächeres Pestgift in der Haut oder Schleimhaut an, oder ist der Betroffene von größerer Widerstandsfähigkeit, so entsteht an der Eingangspforte eine örtliche Erkrankung leichteren Grades, eine Pestpustel oder ein Pestkarbunkel, ein Bläschen auf blaurother Hautfläche, die allmählich größer und dunkler wird und schließlich zur Zerstörung der Haut und des Unterhautzellgewebes führt. Der Blaseninhalt enthält Pestbazillen. Die Nachbardrüsen können geschwollen sein und gelegentlich auch vereitern. In den meisten Fällen jedoch siedelt sich der Bacillus in den der Ansteckungsstelle benachbarten Lymphdrüsengruppen an und bildet Drüsenschwellungen, die bisweilen die Größe eines Kindskopfes annehmen können, sog. Pestbubonen. Diese liegen meist am Oberschenkel oder in der Weiche durch Ansteckung von den Beinen, dem Gesäß, dem After, den Geschlechtstheilen oder dem Unterleib aus, die Kranken liegen dann in der charakterischen Stellung mit angezogenem gebeugtem Oberschenkel — seltener in der Achselhöhle bei Ansteckung von den Armen aus —, am seltensten am Halse bei Ansteckung von der Mundschleimhaut, von den Mandeln oder der Haut des Kopfes aus. Diese Form wird hauptsächlich bei Kindern beobachtet, die bekanntlich alles gern in den Mund stecken.

Die Hautpest bietet für die Umgebung insofern eine geringere Gefahr, als, solange der Krankheitsprozeß in den Drüsen verläuft, die Bacillen in diesen eingeschlossen sind. Erst vor dem Tode treten auch hier Bacillen im Urin, Koth, Auswurf und Blut auf.

Die Ansteckung durch die Athmung, Einathmung von versprühten, feinsten, augenblicklich in der Luft schwebenden Tröpfchen einer bacillenhaltigen Flüssigkeit z. B. des Auswurfs Pestkranker oder eines frisch aufgewirbelten, lebende Pestbacillen enthaltenden Staubes — führt zur Lungenpest. Es bildet sich eine Bronchopneumonie, die sich anfänglich in nichts von einer gewöhnlichen fieberhaften Bronchitis unterscheidet. Die Lungenbläschen füllen sich sehr bald mit einer stark bacillenhaltigen Flüssigkeit, die von den Kranken

entweder als Auswurf ausgehustet oder als feinste Tröpfchen ausgeathmet bezw. ausgespiehen werden und für die Umgebung, namentlich Aerzte und Pflegepersonen eine große Gefahr bildet. Die Lungenpest ist fast immer tödtlich (80 bis 90 pCt.), während die Hautpest nur etwa 40 bis 50 pCt. Sterblichkeit zeigt. Uebrigens bieten alle Formen von Pest vor dem Tode die Gefahr der Lungenpest, indem sich überall die Lungenbläschen mit bacillenhaltiger Flüssigkeit anfüllen (terminales Lungenödem).

Die Ansteckung durch die Nahrungsaufnahme — beim Essen und Trinken solcher Speisen und Getränke, die mit Pestbacillen behaftet sind — bringt die seltenste Form der Pest die primäre Darmpest hervor. Während Ratten und Mäuse fast ausschließlich durch die Aufnahme der Krankheitserreger in Magen und Darm infolge von Annagen und Verschlingen der Abgänge erkrankter unp gefallener Thiere oder der Thiere selbst an primärer Darmpest erkranken, ist die Darmpest beim Menschen meist sekundär im Verlaufe einer Haut- oder Lungenpest. Allerdings sollen auch primäre Formen beobachtet sein, die im Allgemeinen tödtlich verliefen. Es treten Pestknoten in der Magen- und Darmwand auf, die aufbrechen, Geschwüre bilden und zu Blutungen Veranlaßung geben. Die Kranken sondern sehr dünne, hellgelbe, bisweilen blutige Stühle ab und machen den Eindruck von Typhuskranken. Bei dieser Form sind Urin und Stuhlgang in erster Linie bacillenhaltig.

Sowohl Hautpest, als auch Lungen- und Darmpest können durch einen so giftigen Erreger veranlaßt werden, daß es nicht zu den ausgeprägten örtlichen Erscheinungen der Krankheitsformen kommt, sondern Blutpest (Pestseptikämie) eintritt, d. h., die Blutbahn wird binnen kurzem so vollständig mit Pestbacillen überschwemmt, daß Blutvergiftung (Sepsis) eintritt und der Tod schon nach 1 bis 2 Tagen oder nach wenigen Stunden erfolgt. Alle festen und flüssigen Abgänge der Kranken enthalten Pestbacillen.

Bei allen Formen der Pest können Blutungen in die inneren Organe und unter die äußere Haut stattfinden, sodaß der Kranke ein dunkelblaurothes Aussehen erhält (daher die alte Bezeichnung „schwarze Pest").

Wenn die klinischen Erscheinungen die Diagnose in dem Falle, wo Pestfälle schon vorliegen, auch wesentlich erleichtern, so ist sie bei dem ersten pestverdächtigen Falle um so schwieriger. Gerade die leichten Fälle (auch von Lungen- und Blutpest, die bei Kindern vereinzelt vorkommen und in Genesung übergehen sollen) sind die gefährlichsten, da sie bisweilen nicht erkannt werden und den Ansteckungsstoff weiter verbreiten. An der pestverdächtigen Leiche ist der Pestbacillus leicht zu finden, sei es in der Gewebsflüssigkeit

der Drüsen, im Saft der Milz, in der Lunge, im Darm usw. Die Auffindung des Pestbacillus im Lebenden ist bei der Lungenpest leicht, er findet sich massenhaft im Alveolarsaft bezw. Auswurf. Bei der Darmpest im Darminhalt und Urin, bei der Blutpest im Blute oder Urin. In den meisten Fällen von einfacher Drüsenpest kann man den Pestbacillus im Blaseninhalt der Pestpustel bezw. im Gewebssaft des angeschnittenen Bubo nachweisen. Ist schon Eiterbildung vorhanden, so muß man, da die Bacillen dann äußerst spärlich sind, das kulturelle Verfahren (Ausstrichpräparat) anwenden, das auch bei Blutuntersuchungen das sicherste ist. Die Frage, ob man sich zu diagnostischen Zwecken einen Einschnitt erlauben darf, ist von den meisten Forschern bedingungslos bejaht worden, da dieser Einschnitt auch meist entspannend und entlastend wirkt.

Mit dem ersten Untersuchungsmaterial muß man sehr vorsichtig sein, namentlich mit der ersten Sektion, die in einem gut verpichten Sarge vorzunehmen ist. Stücke aus Milz und Lunge, Buboneninhalt sind zu entnehmen. Versandt sollten die Untersuchungsobjekte nur im äußersten Nothfall werden. Da die Pest nicht massenweise, wie z. B. die Cholera sondern sporadisch im Anfange auftritt, so ist Zeit genug, um einen Bacteriologen an Ort und Stelle zu senden und diesem die nöthigen Untersuchungen mit Hilfe des telegraphisch bestellten, später noch genauer zu erwähnenden „fliegenden Laboratoriums“ zu übertragen. Die unter dem 9. September 1899 veröffentlichte, den Regierungen durch den Reichskanzler empfohlene Anweisung und Versendung pestverdächtiger Untersuchungsobjekte kann als genügend nicht angesehen werden und bedarf der Abänderung.

Als Untersuchungsmethode kommt noch in Betracht die Serodiagnose. Hier unterscheidet man die Serodiagnose der Krankheit und die der Kultur. Wenn das Serum eines kranken Thieres die Pestbacillen in der Reinkultur agglutiniert, so wird die Krankheit als Pest anzusehen sein. Eine Kultur wird als eine Pestcultur erkannt, wenn sie durch das Pestserum agglutiniert wird. Da jedoch die Serodiagnose der Krankheit meist erst in der Reconvalescenz des Kranken gestellt werden kann, so hat sie für die meist ungünstig verlaufende Pest im Allgemeinen keinen praktischen Werth. Auch zeigt nicht das Serum jedes Pest-Reconvalescenten agglutinierende Kraft, sondern nur etwa in 50 bis 60 pCt. der überhaupt nur sehr selten beobachteten Fälle von Pestreconvalescenz.

Irgend einen sicheren Einfluß des Wetters oder des Bodens auf die Entwickelung des Pesterregers hat man nicht feststellen können. Dagegen ist die Pest von den Lebensgewohnheiten insofern abhängig, als sie eine Krankheit des

Schmutzes und der Armuth ist. In allen Epidemien wurde beobachtet, daß die Pest in den untersten Schichten der Bevölkerung die meisten Opfer fordert. Für Indien steht fest, daß während der mörderischsten Epidemien die Europäer mit Ausnahme einiger Aerzte, Pflegepersonen und zur Hilfsarbeit kommandirten Soldaten an der Pest nicht erkrankten.

Aus der Art der Krankheit, besonders aus der Entwickelungsfähigkeit der Pestbacillen bei niedriger Temperatur und aus der enormen Kontagiösität erklärt es sich, daß in der kalten Jahreszeit infolge des Zusammengedrängtseins der ärmeren Bevölkerung in den Häusern und Hütten in Gemeinschaft mit dem Hausungeziefer im Allgemeinen die Pest ihren Höhepunkt erreicht und auch bei uns im gegebenen Falle erreichen kann.

Weiter ist erfahrungsgemäß der niedrige Stand der Wohnung pestbegünstigend, d. h. Wohnungen, die schmutzig und wenig gelüftet, sowie alt und baufällig sind, halten die Pest. Man kann auch hier das Ungeziefer (Ratten u. s. w.) verantwortlich machen. Desinficirt man solche „Pesthäuser" — in Indien werden sie durch Feuerspritzen von außen und innen mit Desinficientien abgespült — und läßt sie dann drei Wochen leer stehen, dann erlöscht auch in ihnen die Pest, da die Ratten die leeren Häuser verlassen. Ebenso giebt es ganze Pestortschaften, Stadtviertel oder -Straßen. Auch hier in Deutschland giebt es Rattenhäuser, Rattenstrassen und Rattenviertel in den großen Städten, z. B. da, wo Proviant-, Getreide- usw. -Schuppen stehen, die im gegebenen Falle Pesthäuser, Peststraßen, Pestorte werden können.

Wasser kann durch Pestratten oder durch pestkranke Menschen angesteckt werden, doch vermehren sich die Pestbacillen im Wasser nicht, wie die Cholerabacillen, sondern sterben sehr bald, spätestens aber nach 20 Tagen ab. Eine Wasseransteckung durch Wasserleitungswasser usw. kann daher bei der Pest nicht leicht vorkommen.

Die Abwehr der Pest erfordert eine sorgfältigere Ueberwachung des Verkehrs. Es ist nicht nur die See- und Flußschifffahrt nach den Beschlüssen der Konferenz von Venedig zu beaufsichtigen, sondern auch der Eisenbahn- und Kleinverkehr an den Grenzen und im Lande. Ferner ist die Ausbildung von geeigneten Sachverständigen und Bereithaltung geeigneter Pestlaboratorien erforderlich. Eine genügende Anzahl von Bacteriologen mit einer in jeder Beziehung ausreichenden technischen Ausbilduug wird in allen Bundesstaaten überall bereit und zur Verfügung der Regierung gehalten. Ihre Ausbildung erfolgt im Institut für Infectionskrankheiten in Berlin durch staatliche Kurse. In jeder Provinz bezw. jedem Landestheil sind außer den an den Seequarantänestellen vorhandenen Pestlaboratorien, noch beson-

dere „ständige Pestlaboratorien" nach einer bestimmten Vorschrift eingerichtet und zwar zunächst an den hygienischen Universitätsanstalten. Außerdem sollen am Sitz der Centralverwaltung sogenannte „fliegende Laboratorien" bereit gehalten werden, das sind sicher verschlossene größere Kästen, die alles Nöthige für die bacteriologische Feststellung am Orte der Krankheit enthalten und nach telegraphischer Benachrichtigung sofort in die kleinste Ortschaft gesandt werden können, um dort bis zum Erlöschen der Krankheit dem diensthuenden Bacteriologen zur Verfügung zu stehen.

Ferner sollen die Medicinalbeamten im besonderen an den hygienischen Universitätsanstalten abzuhaltenden Kursen in der Erkennung und Abwehr der Pest unterrichtet werden.

Die Maßregeln beim Ausbruch der Pest sind strengste Ueberwachung der Anzeigepflicht, sofortige Entsendung eines Bacteriologen an Ort und Stelle, Unterbringung der Kranken in besonderen Krankenanstalten, wenn dies nicht angängig, — denn ein Zwang soll nicht ausgeübt werden — dann Absperrung der Wohnung des Kranken — nämlich Evakuirung der Pesthäuser, Isolierung der gesunden Umgebung des Kranken bis nach Ueberwindung der Inkubationsdauer, Desinfection der Räume und Gegenstände mit Formalin bezw. Dampf, Schutzimpfung der Aerzte und des Pflegepersonals — allgemeine Bekämpfung der Ratten und Mäuse: — Phosphorlatwerge, Giftweizen, Zuschüttung alter Kanäle, Erbauung neuer Kanäle, strenge Ueberwachung der Markthallen und des Verkehrs in ihnen.

Ob die Schutzimpfung auch auf die Bevölkerung ausgedehnt werden muß, wird von der Gewalt der Seuche abhängen. Jedenfalls ist es dringend nöthig, eine staatliche Anstalt zur Gewinnung des zur Schutzimpfung nothwendigen Materials — sei es in Reinkulturen, sei es in Pestserum — unter den erforderlichen Vorsichtsmaßregeln, am besten auf einer kleinen, ausreichend isolierten Insel, einzurichten.

Gegen die Beerdigung der Pestleichen in gut verpichten Särgen können Bedenken nicht obwalten, da die Pestbacillen in der Leiche spätestens nach 14 Tagen abgetödtet sind. So lange die Leiche über der Erde steht, was nur kurze Zeit stattfinden darf — muß selbstverständlich die größte Vorsicht beobachtet werden.

II. Medicin.

Die Frühdiagnose der Tuberculose. Von Prof. von Leyden. (Deutsche med. Wchschr. No. 5, 1900.) Cf. No. 1 d. Zeitschrift. Schon Alexander v. Tralles hat

das Krankheitsbild der Tuberculose anſchaulich beſchrieben. Die Alten glaubten, daß die Phthise von Catarrhen und von Haemoptoë herrühren. Daß die Tuberculose heilbar sei, nahm schon Laënnec an.

Trotz der uns zu Gebote stehenden neueren Hilfsmittel ist die Initialdiagnose der Tuberculose auch jetzt noch oft unsicher.

Was die Frage der Erblichkeit anbelangt, so darf nicht mehr die eigentliche erbliche Entstehung der Tuberculose angenommen werden. Die Disposition spielt eine viel geringere Rolle, als man früher geglaubt hatte. Was wir als Erblichkeit bezeichnen, ist wesentlich Ansteckung durch nahen Umgang (besonders in der Familie).

Dagegen muß der Begriff der Constitution festgehalten werden. Der Habitus phthisicus ist durchaus charakteriſtiſch: ſchwächlicher Körperbau, Muskelſchwäche, geringes Fettpolster, zarte Hautfarbe, glänzende Augen, circumscript oder wenig geröthete Wangen, langer Hals, lange Glieder. Der Thoraxbau wird als paralytiſch oder exspiratoriſch bezeichnet; er ist paralytiſch durch Schwäche der Inspirationsmuskeln. Der Thorax ist lang und flach; die Wölbung der Claviculargruben fehlt; die Schulterblätter stehen flügelförmig ab, der Tonus der Armmuskeln fehlt.

Der Husten ist fast constant, ist aber nicht sehr charakteriſtiſch.

Inspection und Palpation des Thorax sind von geringer Bedeutung. Die Percussion soll Veränderungen in den Lungenspitzen, sowie eine etwaige friſche oder alte Pleuritis nachweisen. Die Percussion muß stark ausgeübt werden. Man vergleicht die beiden Lungenspitzen. Geringe Abweichungen sind ſchwer zu beurtheilen, weil eine Norm nicht existirt. Gewöhnlich ist eine Lungenspitze allein oder doch vorzugsweise befallen. Sind beide Spitzen befallen, so ist ein Vergleich der Spitzen zwecklos. Zuverlässig ist die Diagnose aus der Percussion nur bei ausgeprägter Differenz des Schalles.

Da die Lungenspitzen infolge der tuberculösen Processes sich einziehen, so wird die Grenze des Lungenſchalles oberhalb der Clavicula und der Spina scapulae niedriger. Allein die ganz genaue Percussion der Grenzen kann für den gewöhnlichen Gebrauch entbehrt werden; sie erfordert viel Uebung und Zeit.

Durch die Auscultation hört man im Beginn der Tuberculose abgeſchwächtes oder unbestimmtes Athmen bei der Inspiration, verlängerte Exspiration, sowie saccadirtes und rauhes Athmen. Aber alle diese Zeichen sind von untergeordnetem Werth. Dagegen fällt es sehr ins Gewicht, ob vesiculäres Athmen vorhanden ist. Ist es bis in die Lungen-

spitzen zu hören, so kann die Erkrankung nicht erheblich sein. Meist müssen die Patienten erst richtig athmen lernen, damit man richtig auscultiren kann. Zweckmäßig ist es, den Kranken zweimal kurz husten und dann inspiriren zu lassen.

Rasseln ist von entscheidender Bedeutung. Es kommt zwar auch bei verbreiteten Catarrhen vor, aber dann nicht in der Spitze allein. Kleinblasige Rasselgeräusche sind wohl von den falschen zu unterscheiden, die durch Haare, Kleider, Stethoskop, forttönende Geräusche am Halse hervorgebracht werden.

Zur Auscultation läßt man den entkleideten Kranken sitzen; der Arzt steht dabei ruhig.

Nicht jede Spitzenaffection ist tuberculöser Natur. Uebrigens kann auch dem Geübtesten eine Veränderung in den Lungenspitzen bei der Untersuchung entgehen. Deshalb ist wiederholte Untersuchung erforderlich.

Was die Haemoptoë anbelangt, so können wir noch nicht mit unseren Untersuchungsmethoden eine tuberculöse Haemoptoë von einer nicht tuberculösen unterscheiden.

Die Messung des Thorax ist ohne Belang; etwas mehr Bedeutung hat die Spirometrie, die noch in Badeorten hie und da angewandt wird. Man glaubt, daß die kleinen tuberculösen Lungen auch ein kleines Athmungsvolumen haben. Aber die Größe des Athmungsvolumens hängt nicht blos von der Größe, sondern auch von der Kraft und Uebung ab. Die Pneumatometrie ist ohne Bedeutung.

Mit der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen haben wir bisher noch nicht viel erreicht; sie kann zur Diagnose der Tuberculose mit herangezogen werden. Eine Frühdiagnose ist damit kaum zu erwarten.

Das Aussehen des Auswurfs ist von wenig Bedeutung. Dagegen ist das Blutspeien sehr wichtig; man hielt es lange für ein Initialsymptom der Tuberculose. Wenn ein junger Mensch ohne andere Ursache von Blutspeien befallen wird, ist Verdacht vorhanden, daß er tuberculös ist.

Vor 1882 wurde der Hauptwerth auf den Nachweis elastischer Fasern im Auswurf gelegt. Heute untersuchen wir auf Tuberkelbacillen. Es gibt auch Fälle, wo man Tuberkelbacillen zu finden geglaubt hat und doch nicht Tuberculose bestand. Es kommen auch Verwechslungen mit Smegmabacillen vor, die man auch im Auswurf findet. Dringend nöthig ist eine wiederholte Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbacillen. Uebrigens findet man oft keine Tuberkelbacillen trotz vorhandener Tuberculose. Die Sicherheit der Diagnose auf Tuberculose gipfelt allerdings in dem Nachweis der Tuberkelbacillen.

Die Untersuchung auf weitere pathogene Mikroorganis-

men (Miſchinfection) kommt weniger für die Diagnose als für die Prognose in Betracht.

Die Tuberculininjection stellt für sich allein die Diagnose nicht sicher, weil viele Tuberculöse nicht darauf reagiren und anderseits auch nicht Tuberculöse die Reaction zeigen. Das hat sich auch bei der Rindertuberculose bestätigt. Trotzdem kann man das Tuberculin zusammen mit anderen Methoden zu diagnostiſchen Zwecken anwenden.

Eine neue diagnostiſche Methode ist die Agglutination, die Zusammenklebung der Blutkörperchen unter dem Mikroskop. Etwa in 5% aller Fälle von Tuberculose fehlt sie. Die Agglutination tritt in ſchweren Fällen nicht so lebendig auf wie bei den leichteren. Bei Gesunden ist sie noch nicht beobachtet worden.

Die Mängel der einzelnen Methoden werden durch die Mannigfaltigkeit der Methoden ausgeglichen.

Die Bedeutung der physikalisch-diätetischen Heilmethoden für Klinik und Therapie. Von Dr. Julian Marcuse (Mannheim). (Wiener med. Blätter.) An der Neige eines Jahrhunderts drängt sich stärker und umfassender der Blick zu dem verflossenen Säculum zurück und sucht an Gegenwart und Vergangenheit die Fortſchritte der Entwicklung der Menſchheit zu messen. Noch ist es allerdings nicht möglich, ein Facit zu ziehen, noch trübt die subjective Intuition des Beobachters die klare, vom Gegenwärtigen losgelöste Auffassung, und die Aufgabe der Historie ist es allein, die großen principiellen Grundfragen, die Geistesrichtungen des Jahrhunderts in ihrem Verhältniß zu allen Erſcheinungen des organiſchen Lebens zu analysiren und an der Hand der Kriterien Begriff und Wesen der vergangenen Epoche zu bestimmen. Wir aber, die Mitſchaffenden und Mitlebenden, können nur aus der Ideenwelt unserer Ansichten und Intuitionen heraus das Jetzt mit dem Einst vergleichen und als Streiter im Kampfe des Lebens die mitwirkenden actuellen Momente, Rüstzeug und Waffen von früher und jetzt gegeneinander wägen. Mehr wie irgendwo findet dies in der mediziniſchen Wissenſchaft Geltung, die in sich einen Doppelbegriff involvirt, den des Wissens und den der Kunst. Und was das Alterthum mit seiner erhabenen Lehre und seiner künstleriſchen Auffassung als die Hauptattribute der Medizin ansah — die Heilkunst — was sie von dem Arzt als Künstler verlangte — die künstleriſche unermüdliche Uebung am Krankenbett „plus prudentiae judiciique requisitur quam doctrinae“ — das warf die pathologiſch-anatomiſche und physiologiſche Entwicklung unseres Jahrhundertes zu Boden, das ging gegenüber dem Siegeslauf der exacten Naturwissenſchaften zu Grunde. Die Klinik

wurde zur Dienerin des Secirsaales und Laboratoriums, das abstracte Studium der Krankheit und der in ihrem Gefolge erſcheinenden Organveränderungen bildete das ausſchließliche Axiom und wurde zu einer dogmatiſchen Lehre, die den Hippokratismus von ihren Lehrstühlen und Krankensälen verbannte. Und was umfaßt denn eigentlich den Begriff und das Wesen des Hippokratismus? Es ist der Menſch in seiner gesammten Totalität, der krank ist, die local-anatomiſchen Abnormitäten sind nur Krankheitsproducte und in der Regel ein Ausdruck der eliminirenden Bestrebungen der vis medicatrix. Die Totalität des Organismus soll immer dem Arzte die Hauptsache, sein therapeutiſcher Standpunkt so universell wie möglich sein. Eine Consequenz dieses universellen Standpunktes ist die ausgedehnteste Individualisirung. Der Hippokratismus sieht überall kranke Individuen mit symptomatiſchen Erſcheinungen in unendlicher Nüancirung. Alle diese Erſcheinungen in ihrer causalen Abhängigkeit von dem Temperamente, der ganzen somatiſchen und psychiſchen Disposition, den vielfältigen äußeren einwirkenden Potenzen zu analysiren und festzustellen, das ist das Ziel der Kranken-Untersuchung im hippokratiſchen Sinne. Die Untersuchung geſchieht aber nicht zunächst um ihrer selbst und der Wissenſchaft willen, sondern nur um dadurch die effectiven Heilmittel aufzufinden. Der Grundstandpunkt des Hippokratikers ist immer ein exclusiv praktiſcher, die Medizin hauptsächlich eine ratio medenti. In Consequenz dieses Standpunktes kommen die hygieniſch-diätetiſchen Mittel in erster Linie, für diese ist überall Anwendung und die einfachen Mittel sind die besten: simplex sigillum veri!

Dieser alte Fundamentalsatz der Hippokratiker, in der kliniſchen Entwicklung unseres Jahrhunderts fast ausgemerzt, beginnt an der Neige desselben von Neuem seinen Siegeslauf in der Inauguration der physikaliſch-diätetiſchen Heilmethoden als therapeutiſche Maßnahme. Nur mit dem Unterſchiede, daß wir gegenüber den Jahrtausenden, in denen der Hippokratismus begründet wurde, heute die Kluft zwiſchen Kunst und Wissenſchaft zu überbrücken uns bemühen, daß wir die Resultate der exacten Forſchung mit dem künstleriſchen Vermögen helfen zu können, vereinen müssen. Zu diesem Ziele kann man aber nur gelangen, wenn man vor Allem die genaueste Kenntniß der Form und der Leistungsfähigkeit des Organismus besitzt, wenn man mit einem Worte die ſchwierigste und doch wichtigste Forderung, die die Therapie stellt, zu erfüllen versteht, nämlich zu individualisiren. Der Schematismus ist das Object der Forſchung des pathologiſchen Anatomen, der nur abgeſchlossene Vorgänge zu registriren hat. Der Arzt, der heilen will, muß frühzeitig

den Beginn des Mißverhältnisses zwischen Arbeitsleistung und Arbeitsanforderung zu erkennen suchen, um der Ermüdung und Insufficienz eines Organes, die eben nur die Folge allzugroßer Inanspruchnahme ist, vorzubeugen. Er muß die tausend Fäden kennen, mit denen jedes Lebewesen in seiner Umgebung wurzelt, er muß den Einblick in die Eigenthümlichkeiten des Organismus gewinnen, die das Individuum charakterisiren. Auf diesem Wege kommen wir zu der gesicherten Anschauung, daß „Krankheit" der Ausdruck von Störungen im gesammten Haushalte der Körperenergie ist und zu der gebieterischen Nothwendigkeit, durch Regulirung der Lebensbedingungen Hilfe zu schaffen, den Kranken zur richtigen Lebensführung zu erziehen. Beruht nicht unsere ganze Freiluftbehandlung der Tuberculose auf diesem Princip, das sich erst Jahrzehnte lang seit dem unsterblichen Wirken eines Brehmer hat durchdringen müssen, ehe es zur Anerkennung gelangte? Unterliegt nicht die Behandlung des Rheumatikers durch Bäder, die die im Körper abgelagerten abnormen Stoffwechselproducte entfernen sollen, die Behandlung des Magenkranken durch Anregung der Magendarmmuskulatur und der Unterleibsnerven durch feuchte Leibumschläge, Massage etc., die Behandlung der functionellen Neurosen mit ihrer fast unerschöpflich scheinenden Symptomenfülle mittelst Beschäftigungscuren, Luftaufenthalt, erregenden Körperwaschungen etc., wodurch Blutcirculation, Stoffwechsel, Athmung angeregt werden sollen, auf demselben Princip?

Und so weit wir auch den Kreis der Indicationen stellen, überall werden wir die physikalisch-diätetischen Behandlungsmethoden als die auf den kranken Organismus angewandte Hygienie erkennen und ihren Werth in dieser Stellung als höchsten in der Krankenbehandlung bemessen müssen. Aber nicht blos in den Fällen, in denen Krankheitsformen uns gegenübertreten, die sich handgreiflich aus einer verkehrten Lebensweise herleiten lassen, sondern auch in den besonderen Krankheitsformen, in denen Zersetzungsvorgänge oder die Einwirkung pathogener Bacterien Veranlassungsursachen zur Erkrankung geworden sind, werden wir durch Anwendung der physikalisch-diätetischen Hilfsmittel als normale, gesteigerte Lebensreize, die natürlichen Heilbestrebungen des Organismus unterstützen und in einer jeder Zeit controlirbaren Form die natürlichen Wirkungen zu beobachten im Stande sein, man denke an die hydrotherapeutische Behandlung des Typhus, Scharlach etc., an die Behandlung der Furunculose, chronischer Ekzeme etc. durch Sonnenbäder, Diätregelung u. s. w. Heute, wo wir trotz oder gerade wegen der üppig in die Halme schießenden und täglich neu formulirten, sogenannten „natürlichen" Be-

handlungsmethoden noch oft genug die Spreu von Weizen nicht ſcheiden können, wissen wir dennoch, daß die Hydrotherapie in allen ihren Nuancirungen und Formen, daß Luft- und Diätcuren, Massage und Gymnastik, sowie die erst jüngst wiedergeborene Lichtbehandlung unersetzbare und außerordentlich werthvolle therapeutiſche Maßnahmen sind, die in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle die medicamentöse Behandlung nicht nur ersetzen, sondern in ihrer Wirkung weit übertreffen.

Wir wissen ferner, daß die ratio medendi des Arztes, die eine streng individualisirende sein muß, einzig und allein nur gefördert werden kann durch eine kliniſche Ausbildung in den physikaliſch-diätetiſchen Behandlungsmethoden, die ihr Bürgerrecht in der modernen Klinik voll und ganz erwiesen haben.

In der deutſchen mediziniſchen Wissenſchaft knüpft sich an den Namen Winternitz das Verdienst, die gewaltige Bedeutung der Hydrotherapie erkannt und ihre Grundlagen wissenſchaftlich festgestellt, an den Namen Leyden, als erstem der deutſchen Kliniker, das gesammte Gebiet der physikaliſch-diätetiſchen Behandlungsmethoden dem Lehr- und Lernplan der Kliniken eingefügt zu haben.

Die ſcharfe Formulirung der Diätetik und ihre Erhebung in die leitenden Behandlungsprincipien acuter und chroniſcher Krankheiten, sowie die Begründung der compensatoriſchen Uebungstherapie sind auf's Engste mit dem Namen Leyden's verknüpft und dem Eintreten seiner Autorität ist es zu verdanken, daß die physikaliſche Therapie sich anſchickt, zum Gemeingut der Aerztewelt zu werden.

So begegnen wir am Beginn des neuen Jahrhunderts einer Phase in der Entwicklungsgeſchichte der Medizin, die zwar bis ins graue Alterthum zurückreicht, die aber durch neue Verhältnisse zu neuem Leben erstanden, hoffentlich auch dazu berufen ist, neben dem Aufbau einer gedeihlichen, vernunftgemäßen Therapie die Stellung des wissenſchaftlich gebildeten Arztes gegenüber betrügeriſchem Curpfuſcherthum zu heben.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber Gewerbekrankheiten des Ohres. Von Dr. E. Winckler. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. III. Bd., Heft 9/10. Man muß zunächst festhalten, daß nicht alle Ohraffektionen, die in einem Betriebe zur Beobachtung kommen, professioneller Art sind, sondern daß

bereits zur Schulzeit in 13—32 Proz. eine Herabsetzung des Hörvermögens besteht, ehe ein Beruf ergriffen ist, daß ferner für die verschiedenen Berufszweige der Gewerbe ungünstige soziale Verhältnisse der betreffenden Volksschichten, wie feuchte Wohnungen, schlechte Ernährung, Mißbrauch von Alkohol, eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen.

Als ätiologische Momente der professionellen Ohrerkrankungen kommen zunächst die auch sonst die allgemeine Gesundheit schädigenden Einflüsse in Betracht. Witterungseinflüsse spielen eine Rolle bei Maurern, Zimmerleuten, Ziegelarbeitern, Fischern; großer Hitze und strahlender Wärme setzen sich namentlich die Arbeiter an Hochöfen, Heizer und Maschinisten an Dampfmaschinen, die Schmelzer, Giesser und Schmiede aus; Staubbelästigung ist nur bei wenigen Gewerben zu vermissen und besonders schädlich ist der ätzende Staub in Cementmühlen und Chromfabriken, gefährlich wegen der Verbreitung organischer Ansteckungsstoffe der in Gerbereien, Woll- und Filzfabriken, Lumpenschneidereien etc. Die Einathmung von Gasen in Kohlenleuchtgas- und Kunsteisfabriken (Ammoniakgas), bei Kloakenarbeitern und Guanozurichtereien ist schädlich.

Während durch die oben erwähnten Betriebe hauptsächlich der schallleitende Hörapparat leidet, wird der schallempfindende Apparat angegriffen in den Gewerben, welche nicht ohne mehr weniger heftige und längere Zeit dauernde Schalleinwirkungen betrieben werden können. Bekannt ist, daß die Arbeit der Schlosser und Schmiede das Gehör schädigt, daß Müller, Faßbinder und Maschinisten auf Lokomotiven und Schiffen infolge des anhaltenden Lärms sehr häufig eine Verminderung ihrer Hörfähigkeit erleiden.

Schließlich spielen bei einzelnen Zweigen der Bautechnik die Veränderungen des Atmosphärendrucks, längerer Aufenthalt in erhöhtem Atmosphärendruck eine große Rolle. Dahin gehören die Caissonarbeiten bei Wasserbauten und die Taucharbeiten.

Wie aus dieser kurzen Aufzählung hervorgeht und auch an und für sich wahrscheinlich ist, werden in der Mehrzahl der Fälle mehrere der aufgeführten ätiologischen Momente zusammenwirken, besonders wenn der Beruf schon mit nicht normalem Gehörvermögen ergriffen wurde.

Was die Krankheitsformen anlangt, so sind aus dem großen Kapitel der Ohrerkrankungen nur einige Krankheitsformen, weil sie mit einer gewissen Regelmäßigkeit zur Beobachtung gelangen, als eigentlich professionelle in Betracht zu ziehen.

Am äußern Ohr sind es vorzugsweise die chronischen Ekzeme, zu denen Staub, reizende Dämpfe oder strahlende

Hitze die Veranlassung geben. Sie verbinden sich gern mit Furunculosis des Gehörgangs.

Am Mittelohr sind professionelle Erkrankungen die hyperplastischen chronischen Mittelohrkatarrhe, welche als Endresultat zur Sklerose d. h. zu festen knöchernen Verschlüssen der Paukenhöhlenfenster führen.

Am inneren Ohre haben wir Zirkulationsstörungen der Labyrinthgefäße bei Caissonarbeitern, Tauchern und Glasarbeitern, Labyrintherkrankungen infolge von Schallreizen (besonders wichtig für den Eisenbahnbetrieb!).

Praktisch lassen sich die Gewerbekrankheiten des Ohres nur in zwei Gruppen eintheilen: in die Krankheiten des äußeren Ohres und in solche, welche das Hörvermögen durch Affektionen des Mittelohres oder des Labyrinths oder beider Abschnitte herabsetzen. Bei der zweiten Gruppe — den eigentlichen professionellen Ohrerkrankungen — sind diejenigen Betriebe, welche nach den bisherigen Erfahrungen häufiger zu wesentlichen Störungen führen, je nach der Art, wie sie das Gehörorgan in Mitleidenschaft ziehen, gesondert zu betrachten. Nach der Art der Schädigung sind zunächst diejenigen Betriebe heranzuziehen, bei welchen die Berufsthätigkeit nothwendig das Ertragen von Lärm und intensiven Schalleinwirkungen mit sich bringt. In zweiter Linie kommen einige Berufe in Betracht, bei welchen während der Arbeit überaus forcirte Leistungen der Athmung nöthig sind. Hierbei kann unmittelbar durch die Tuben oder mittelbar durch Kongestionen eine Schädigung des Hörvermögens die Folge sein. Drittens sind diejenigen Betriebe zu berücksichtigen, bei denen der ganze Organismus unter abnormen Atmosphärendruck sich befindet, sei es, daß dieser künstlich, wie bei Arbeiten unter Wasser, geschaffen wird, sei es, daß derselbe bei Entfernung aus der normalen Atmosphäre mehr oder weniger plötzlich geändert wird. Viertens sind diejenigen gewerblichen Vergiftungen zu erwähnen, welche zu Störungen von Seiten des Gehörorgans Anlaß geben können.

Nach dieser sorgfältigen Eintheilung werden die verschiedenen Gruppen ausführlich durchgearbeitet: wir wollen aus der reichen Fülle des Materials nur einige für den Praktiker wichtige und interesessante Sachen hervorheben.

Die äußeren Krankheiten des Ohres sind bekannter als die inneren und auch dem praktischen Arzte häufiger vorkommend; sie können hier füglich übergangen werden.

Bei der zweiten Gruppe handelt es sich stets um beträchtliche dauernde Herabsetzungen des Gehörvermögens die nur wenig besserungsfähig sind. Hier einige Beispiele: Politzer fand, daß das intensive Klopfgeräusch, welches in dem Böttchereibetriebe durch das sog. Hohlschlagen beim Antreiben der Reifen entsteht, mit der Zeit stets zu Schwer-

hörigkeit führt. Von den Kesselschmieden verlieren ihre Hörfähigkeit am frühesten diejenigen, welche innerhalb des Kessels beim Nieten ihren Hammer gegen die von dem Aufschläger zu treffende Stelle andrücken, die Vorhalter. Von den Schmieden sind es besonders die Hammerschmiede, welche sehr häufig ihr Hörvermögen einbüßen.

Am genauesten studiert ist die Kesselarbeitertaubheit. Wir wissen, daß bei den Kesselschmieden die Erkrankung das Labyrinth oder den Stamm des Hörnerven betrifft. Das Bild der Erkrankung ist folgendes: gutes Hören der tiefen, zunehmend schlechteres Hören der hohen Töne. Die Knochenleitung ist verkürzt und kann für hohe Töne vollkommen ausfallen. Da für das Sprachverständniß die Perception der höheren Töne wichtiger ist als der tieferen, so wird in diesen Fällen die Sprache ebenfalls schlecht oder überhaupt nicht verstanden. Erkrankungen des Mittelohrs, also Schallleitungshindernisse, können als eine Art Schutzwehr bei den intensiven Geräuschen dienen, d. h. Kesselschmiede mit Mittelohrerkrankungen können verhältnißmäßig besser hören, als die mit gesundem Mittelohr. Paracusis Willisii, d. h. Besserhören schwerhöriger Kranken im Lärm, findet sich bei Kesselarbeitern in der Regel nicht.

In ähnlicher Weise wie Kesselschmiede sind die Maschinisten im Eisenbahnbetriebe gefährdet (Locomotivführer und Heizer). Bei diesen wirken ein: 1. die bedeutende Erschütterung während der Fahrt, 2. die ununterbrochene Anstrengung des Seh- und Gehörorgans, 3. der schneidende Luftzug, 4. die ununterbrochene aufrechte Körperhaltung. 5. der häufige Temperaturwechsel.

Mit der Zahl der Dienstjahre nimmt die Zahl der Schwerhörigen zu. Der objektive Befund ergiebt fast konstant die für die sklerotische Form des chronischen Mittelohrkatarrhs charakteristischen Veränderungen: chronische Pharingitis und Stockschnupfen.

Es ergiebt sich übrigens aus den Polnow'schen Untersuchungen, daß die Hörschärfe des Lokomotivpersonals für die Betriebssicherheit von keiner großen Bedeutung ist, weil das Maschinengeräusch so stark ist, daß selbst von Normalhörenden kein Geräusch vernommen wird, welches hinter der Maschine entsteht. Dagegen muß das Zugbegleitungspersonal besonders gutes Gehör haben. Die näheren, sehr interessanten Ausführungen müssen im Originale nachgelesen werden.

Schädlichkeiten entstehen auch beim berufsmäßigen Gebrauch des Telephons: Hyperaesthesia acustica, subjective Hörempfindungen, Gefühl von Druck und Eingenommenheit in den Ohren und progressive Abnahme der Hörschärfe. Daher wird man Personen, die an subjectiven Ohrgeräuschen

leiden, und solchen, bei denen Mittelohrkatarrhe, besonders solche mit sklerotischen Prozessen, vorliegen, einen sehr vorsichtigen Gebrauch des Telephons empfehlen, berufsmäßigen Telephonisten mit derartigen Leiden jedoch den Dienst bei Zeiten ganz untersagen.

Die Erschütterungen des Gehörorgans bei Detonationen infolge von Gesteinsprengungen und sonstigen Explosionen führen zu Trommelfellzereißungen, Labyrintherschütterung und Labyrinthblutung. Erstere sind, wenn man sie unberührt läßt, harmlos, letztere können zu Schwerhörigkeit führen.

Die zweite Abtheilung der zweiten Gruppe umfaßt die Versteller in der Edelstein-Industrie und die Glasbläser. Beide gewerblichen Arbeiter haben unter forcirten Exspirationsbewegungen und bei Temperaturschwankungen erheblicher Art zu schaffen, wodurch verderbenbringende hyperämische Zustände in der Schädelhöhle entstehen, die durch Ergreifen des Labyrinths, Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen, Hyperaesthesia acustica u. s. w. mit schweren Hörstörungen resultieren. Bei den Glasbläsern spielt auch die Lues eine begünstigende Rolle.

Eigenartige und sehr schwere Schädigungen des Gehörorgans können bei der dritten Gruppe, den Arbeiten in komprimirter Luft, zur Beobachtung gelangen. Man wendet komprimirte Luft an, um durch Verdrängung von Wasser einen Arbeitsraum herzustellen. Dies geschieht bei verschiedenen Arbeiten des Bergbaues, bei Brücken- und Hafenbauten, bei Schleusenbauten. Die Luftdruckerkrankungen des Gehörorgans sind besonders von Alt bei Gelegenheit der Caissonarbeiten beim Schleusenbau am Nußdorfer Spitz bei Wien studirt worden. Hier treten ganz plötzlich schwere Erkrankungsformen des Gehörorgans in Erscheinung, wenige Minuten bis mehrere Stunden nach dem Verlassen des Caissons stellt sich plötzlich der Ménière'sche Symptomenkomplex, Schwindel, Ohrensausen, Erbrechen mit schwerem Kollaps und komplette Taubheit ein. Der Schwindel bleibt im weiteren Verlaufe bestehen, ebenso wie nicht selten die Taubheit; in leichten Fällen kann sich alles zurückbilden. Als Ursache wird eine arterielle Luftembolie gefunden, indem das vom Blute absorbirte Gas bei niedrigem Atmosphärendrucke frei wird, so daß Gasblasen die Blutversorgung für die centrale Hörbahn, den Acusticus und seine Endausbreitung plötzlich unterbrechen und so eine akute Anämie herbeiführen können, unter der die schallpercipirenden Elemente, falls der Zustand länger anhält, dauernd vernichtet werden.

Aehnlich geht es beim Tauchen und bei Luftballon-

fahrten zu: auch hier sind es die Luftdruckschwankungen, welche Gefahren für die Hörorgane bereiten.

Schließlich erwähnt W. kurz die gewerblichen Vergiftungen, welche zu Störungen von Seiten des Gehörorgans Anlaß geben können und bespricht die Prophylaxe. Als solche ist immer noch der eingefettete, dicht schließende Watteprop am besten; zur Verhütung wäre öftere Ruhe, besonders des Nachts, von Wichtigkeit. Leider ist das Gehörorgan da sehr ungünstig daran. Während der Sehnerv im Schlaf absolute Ruhe hat, wenn ihn die Lichtstrahlen nicht erreichen, werden vom Hörnerv die stets auf das Trommelfell eindringenden Schallwellen durch ein natürliches Schutzmittel nicht abgehalten und fortwährend werden von ihm Schallwellen wahrgenommen. Eine ruhige Schlafstätte, welche nicht nach der Straße herausliegt, ist daher für solche Arbeiter eine weitere Bedingung, ihrem überangestrengten Sinnesorgane eine wirkliche Erholung zu gewähren.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber Verstopfung durch rissigen After im Säuglingsalter. Von Dr. Köppen (Norden). Durch einmalige Verstopfung schon, nach Wiederholung derselben noch leichter, können bei Säuglingen Einrisse am After zu Stande kommen und damit Anlaß zu einer verderblichen Wechselwirkung gegeben sein.

Diese Einrisse sitzen an der Stelle, wo die noch mit Pflasterepithel bedeckte Mastdarmschleimhaut in die äußere Haut übergeht; sie können aber auch nach außen und innen den Afterring weit überragen. Da der After bei einigermaßen gut genährten Kindern versteckt liegt, so muß man denselben durch Auseinanderdrängen der Hinterbacken und Anspannen der Haut den Augen zugänglich machen. Daß es bei Kindern so leicht zu Einrissen kommt, liegt an der Dünnheit der Mastdarmwandungen. Aus demselben Grunde findet man die Einrisse häufiger bei Mädchen als bei Knaben, da bei ersteren die in Betracht kommenden Theile, wie überhaupt die Haut, zarter sind.

Der Mastdarm des Kindes ist wesentlich von dem des Erwachsenen durch seinen geraderen Verlauf und durch das Fehlen der Ampulle verschieden. Während beim Erwachsenen die Ampulle (Pars pelvina) als Kothblase dient, das Endtheil des Mastdarms (Pars perinealis) als Ausführungsrohr, fällt dieser Unterschied im Säuglingsalter fort. Deshalb findet man hier den Stuhl nicht, wie stets bei Erwachsenen,

einige Centimeter oberhalb des Afters, sondern gleich hinter diesem angesammelt.

Der infolge der schon bei geringer Ausdehnung und Tiefe äußerst schmerzhaften Einrisse überempfindliche After antwortet auf den durch den Koth ausgeübten Reiz durch krampfhafte Zusammenziehung; er arbeitet, um eine Zerrung durch den vorbeigehenden Koth zu vermeiden, einer Entleerung entgegen und bewirkt damit Verlängerung der Verstopfung mit stärkerer Eindickung und vermehrter Ansammlung des Kothes. Das erklärt, daß die Kinder nicht nur bei und nach der endlichen Entleerung, sondern auch bereits lange vorher oft die fürchterlichsten Schmerzen erkennen lassen. Schließlich reißen die ungewöhnlich großen und festen Kothmassen bei ihrem Durchtritt die Risse noch weiter auf, und damit ist der verhängnißvolle Kreis geschlossen.

Für die leichteren Fälle genügt*) die Beeinflussung der Ernährung in der Richtung einer Erleichterung der Stuhlentleerung. Bei schwierigen Fällen ist locale Behandlung unumgänglich.

K. läßt jeden Tag, in der Regel Abends, je nach Größe des Kindes 10—20 Ccm. und mehr Olivenöl in den Mastdarm des Kindes bringen nach dem Vorbild der von Kußmaul angegebenen Behandlung der Enteritis membranacea. Das Oel, sofern es nicht ranzig ist, übt keinerlei üblen Reiz auf die Mastdarmschleimhaut aus und wirkt auf die Einrisse und deren Umgebung einhüllend, schützend und lindernd. Hierdurch wird der Schließmuskelkrampf zum Nachlaß, allmälig zum Schwinden gebracht, dem Stuhldrang wird nach einer Reihe von Stunden nachgegeben und er erregt bedeutend geringere Schmerzen.

Der zur Verwendung gelangende Spritzenansatz muß stumpf sein, gut geölt werden, in langem Bogen gekrümmt und am besten seitlich abgeplattet sein. Die Spritze muß leicht gehen; sie kann mit warmem Sodawasser leicht gereinigt werden.

Verschiedenes.

Behandlung der Aphten. Natr. biboracic. 4,0, Tinct. Benzoes 4,0, Sirup. Rubi id. 40,0 D. S. 5—6 Mal täglich die Aphten mit einem in diesem Collutorium getauchten Pinsel betupfen.

---

*) Der Kinderarzt, 1900, No. 3.

Beseitigung des Jodoformgeruchs. Nach Ricketts läßt sich der unangenehme nach Jodoformanwendung an den Händen haftende Geruch am einfachsten und sichersten durch eine nach gründlicher Waschung mit Seife erfolgende Einreibung mit etwa einem Kaffeelöffel voll Weinessig entfernen.

(Med. News. Münch. med. W. Nr. 6.)

Gegen Gefässmäler der Säuglinge empfiehlt Unna („Monatsh. f. prakt. Dermatologie", Nr. 5, Bd., 30) Compression durch einfache Einpinselung von Ichthyolcollodium:

Rp. Ichthyol. 1.0
Collodii 9.0
D. Pinsel im Kork!

Man bepinselt die Gefchwulst täglich 2 — 3 mal mit dieser Flüssigkeit und beginnt sofort nach der spontanen Abhebung der dicken braunen Decke von neuem. Um Recidive zu verhüten, muß die Aufpinselung nach anfcheinendem Schwund noch längere Zeit fortgesetzt werden.

Ueber den Kampf der Humanität gegen die Schrecken des Krieges. Von Professor Friedrich von Esmarch. Zweite, umgearbeitete und erweiterte Auflage. Mit einem Anhang: „Der Samariter auf dem Schlachtfelde." Mit mehreren Abbildungen. Preis gebunden Mk. 1.20 (Stuttgart, Deutfche Verlags-Anstalt).

Einer der Altmeister unsrer Chirurgie, der hochverdiente Förderer des Samariterwesens, ergreift in der vorliegenden Schrift das Wort, um den Weg zu zeigen, wie die Schrecken des Kriegs sich, wenn auch nicht beseitigen, so doch wesentlich mildern lassen. Der Verfasser bietet in seinen Ausführungen die Erweiterung eines früher von ihm gehaltenen Vortrags, der seinerzeit eine sensationelle Aufnahme erfuhr, für den jedoch noch nicht die Erfahrungen der letzten großen Kriege zu verwerthen waren. Gerade in diesen hat sich gezeigt, wie wohlbegründet die Vorfchläge waren, die Prof. von Esmarch bereits vor einem Menfchenalter gemacht hatte. Das Wort des trefflichen Gelehrten ergeht an alle, die Sinn und Herz für wahre Humanität haben, es wird sicherlich nicht ungehört verhallen und um so eher in die weitesten Kreise vordringen, als es sich in eine Form kleidet, die ebenso ansprechend wie allgemein verständlich gehalten ist. — Unter dem Titel „Der Samariter auf dem Schlachtfelde" giebt der Verfasser als Anhang zu seinem Werkchen eine höchst interessante Skizze aus dem Kriegsleben von 1870/71, aus welcher der Nutzen der Samariterhilfe auf dem Schlachtfelde besser als aus langen Abhandlungen erhellen dürfte.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro 6. XXXXI. Jahrgang 25. Juni 1900.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Airol bei Ulcerationen der Cornea: Orglartkl. von Dr. Wieck in Schleswig. — Ueber Oxykampher. Ueber die Speiseeinnahme Kranker. — Die Autointoxication. Chronische nervöse Diarrhöen und ihre Behandlung. — Die neuesten Kriegserfahrungen über die Gewehrschußwunden. Ueber Werthigkeit der Finger in Bezug auf Defect und Verbildung. Die Distorsion des unteren Fußgelenkes. Die frühzeitige methodische Bewegung bei der Behandlung der Gelenks-Verletzungen- und -Erkrankungen. — Die Lehre von der puerperalen Eclampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt. — Die Vergiftungen in Betrieben und das Unfallversicherungsgesetz. Tod nach Leuchtgasvergiftung durch Apoplexie: Unfall. Aluminium acetico-tartaricum, ein gutes Desinfectionsmittel. Ueber die Anwendung des Orthoforms.

Airol bei Ulcerationen der Cornea.

Originalartikel von Dr. Wieck, Schleswig.

Seit Einführung des Airols in die chirurgische und ophtalmologische Praxis ist erst eine kurze spanne Zeit verflossen und doch hat sich gezeigt, daß wir in diesem Medicament ein Heilmittel besitzen, das in vielen Fällen besser wirkt, als das bisher stets angewandte Jodoform, da ihm nur die Vorzüge, aber nicht die Nachtheile desselben eigen sind. Besonders bei Hornhautgeschwüren ist das Airol von ausgezeichneter Wirkung sowohl bei Ulcus serpens (Hypopyon-Kreatitis) als auch bei scrophulösen Hornhautgeschwüren. Kurz möchte ich folgende Krankengeschichten anführen:

1) B., 72 J., Arbeiter vom Lande. Am unteren Rande der Hornhaut unregelmäßiges Ulcus, eiterig belegt, in der vorderen Kammer etwa 2 mm hohes Hypopyon. 2. Febr.

Vom 21. Februar an mit Airol behandelt, Atropin, Druckverband, warme Kamillenumschläge. Nach Einträufelung eines Tropfens einer 2 pCt. Cocainlösung wird eine Hakenpinzette mit steriler Watte umwickelt, in das Pulver getaucht und dasselbe so direkt auf das Ulcus applicirt. Diese Behandlung wird täglich wiederholt. Patient hütet das Bett. Er konnte am 6. März aus der Behandlung entlassen werden, da das Ulcus sich vollständig gereinigt hatte und keine Tendenz zur Weiterverbreitung zeigte. Am vorletzten Tage (5. März) wandte ich anstatt Airols gelbe Salbe an (Hydr. praec. flavi 0,3, Vas. flav. 10,0), und leichte Massage, da die-

selbe gut vertragen wird. Entlassung. B. angewiesen, Ungt. flav., Atropin, Druckverband weiter zu gebrauchen und sich nach 8 Tagen wieder vorzustellen.

2) J., Stellmachersohn vom Lande, 13. J., scrophulös. Am unteren Rande der linken Hornhaut eitrig belegtes Ulcus, tief, nahe der Perforation. Bettruhe, Druckverband. Vom 12. September an mit Airol behandelt, am 22. Sept. Ulcus rein, Perforationsgefahr beseitigt, vom 23. an Ungt. flavum. — Der günstige Erfolg in diesem Falle war um so erfreulicher, als das rechte Auge infolge derselben Erkrankung vor Jahren (Leucoma adhaerens) fast vollständig erblindet ist. Wahrscheinlich haben die Eltern zu spät ärztliche Hülfe gesucht.

3) Fräulein B., 25 J. Keratitis scrophulosa. Im Verlaufe der Anfangs ambulanten Behandlung bildet sich ein Ulcus marginale. Vom 28. März an Airol. Allmähliche Besserung. Von 8. 4. an gelbe Salbe. 13. 4. entlassen. Heilung.

Zum Schlusse ein anderes Urtheil: Prof. Gallemaerts Brunel (La Poliklinique No. 2, 1899) schreibt: An Stelle des Jodoforms, dessen Nachtheile alle Welt kennt, habe ich im Airol ein ebenso wirksames Agens gefunden, welches ebenso rasch, wenn nicht noch rascher, die Abscesse und Geschwüre der Cornea beeinflusste. Wenn ich in einigen Fällen eine Thermocauterisation der Hornhaut, eine Perforation der Vorderkammer vermeiden konnte, so habe ich das nur der Anwendung des Airols zu verdanken.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber Oxykampher. Von Dr. Hans Neumayer. (Aus der med. Universitätspoliklinik in München.)

Das Präparat kam in der verschiedensten Form zur Anwendung; als Pulver in Form von Trochisci mit Milchzucker zusammen und als Mixtur, wie sie Ehrlich und Jakobson gegeben hatten: Oxykampher 1.0, Spirit. vin. 5.0, Aq. dest. 180.0, Sxrup. Rub. Id. 20.0 MD.: Esslöffelweise zu nehmen. Auch subcutan injicirte N. Oxykampher, u. zw. in Olivenöl gelöst, ähnlich dem Ol. camphoratum. Als später Manasse dem Oxykampher durch Auflösen desselben in Alkohol eine absolut haltbare Form gegeben hatte, in welcher der Oxykampher von den Höchster Werken unter dem Namen Oxaphor ausschließlich in den Handel gebracht wurde, verabreichte N. dieses Präparat entweder mit etwas Wasser gemischt oder in Form der angeführten Mixtur. Das Präparat wird in jeder Form ohne jede besondere Beschwerde vertragen

und gelangt auch zur Wirkung. Der Oxykampher wurde meist in Mengen von 40 Tropfen Oxaphor, entsprechend 1 g Oxykampher, auf einen Löffel voll Wasser gegeben, worauf etwas Wasser noch nachgetrunken wurde, um den für manchen Patienten etwas unangenehmen Geschmack zu beheben. Das Mittel kam bei verschiedenen Formen von Dyspnöe zur Verwendung, vor Allem bei gesteigerter Athemfrequenz im Anschluß an Circulationsstörungen und im Anschluß an Erkrankungen der Lunge.

Bei einem großen Theile der Krankheitsfälle war ein ausgesprochener Einfluss auf die Athmung zu verzeichnen. Bei den Patienten, die theils infolge von Circulationsstörungen, theils infolge von Lungenerkrankungen an Dyspnöe litten und welche vor der Darreichung von Oxykampher mitunter eine beträchtliche Beschleunigung der Athmung zeigten, trat innerhalb weniger Minuten nach Aufnahme des Mittels in den Magen eine vollkommene Beruhigung der Athmung ein. Die vorher gesteigerte Zahl der Athemzüge sank auf eine Frequenz herunter, welche als vollkommen normal zu bezeichnen ist. Die Athemzüge, welche vorher oberflächlich waren, werden tief und reihen sich in regelmässiger Folge aneinander. Da die Athmung zugleich mit der Verlangsamung eine Vertiefung erfährt, so ist eine mangelhafte Luftzufuhr, wie sie bei verlangsamter, aber oberflächlicher Athmung sicher eintreten würde, als ausgeschlossen zu erachten. Auch objectiv fehlen alle Zeichen für eine ungenügende Ventilation, wie z. B. Cyanose. Im subjectiven Befinden ist bei den meisten Patienten eine wesentliche Besserung, bei vielen ein vollkommenes Verschwinden der Beschwerden zu verzeichnen.

Was die Einwirkung des Oxykamphers auf das Herz anlangt, so konnten keine oder wenigstens keine deutlich nachweisbaren Veränderungen festgestellt werden; ab und zu eine geringgradige Beschleunigung der Herzacktion, in anderen Fällen hingegen eine ähnliche Verlangsamung. Der Harn war stets frei von Eiweiß und Zucker.

Da nun der Oxykampher die den Narkoticis eigene beruhigende Wirkung auf das Athemcentrum besitzt, ohne jedoch gleichzeitig irgendwie auf Herz oder Nervensystem schädigend einzuwirken, so liegt darin ein erheblicher Vorzug um dieses Präparat in geeigneten Fällen den narkotischen Mitteln voranzustellen. Bei der vollkommenen Ungiftigkeit des Präparates kann dem Patienten so ziemlich freie Hand in der Anwendung gewährt werden und irgendwie schädliche Folgen sind bei längerem Gebrauche nicht zu fürchten.

Eine gewisse indirecte Gefahr liegt allenfalls darin, daß ein durch Oxykampher euphorisch gemachter Patient eventuell seinem schwachen Herzen zu große Anstrengungen zumuthet.

Was die Intensität der Wirkung des Oxykamphers anlangt, so hat N. den Eindruck, daß sie bei sehr schweren Dyspnöen hinter der der Narkotica, besonders des Morphiums, etwas zurückbleibt. Auch kann Gewöhnung an das Mittel auftreten, so daß sich seine Wirkung abstumptt. Die günstigsten Bedingungen für eine rasche und energische Wirkung dürften Aufnahme des Mittels mit einer nicht zu kleinen Menge Wassers bei nüchternem Magen sein. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1900.)

Ueber die Speiseneinnahme Kranker. Von Docent Dr. A. Schüle. Menschen mit wenig Appetit ziehen die flüssigen und breiigen Speisen den festen vor, Meist leiden Schwerkranke an Trockenheit des Mundes, z. B. Fiebernde, oder der Rachen ist empfindlich, weil wund durch vieles Husten. Manchmal bedeckt auch zäher Schleim den Pharynx, wie z. B. bei Magenaffectionen. In allen diesen Fällen ist das Kauen lästig und beschwerlich; das Schlucken der ungenügend durchspeichelten Bissen fällt schwer, und der Kranke hat nach kurzer Zeit genug. Unter diesen Umständen ist man gezwungen, von festen Speisen abzusehen und breiige zu reichen, also dicke Suppen, Fleischhachée, Milchbrei aller Art, Auflaufe mit einer Fruchtsauce oder mit Aepfelcompot. Wer Geschmack an geschabtem rohen Fleisch hat, wird es als Kranker doppelt gern nehmen, auch wenn er es nicht ad libitum mit Essig und Oel vermengen darf. Ein Schluck Wein zum Essen dürfte bei den meisten Kranken ebenfalls gute Dienste leisten

Sch. fand, daß die relativ weichen Gerichte, wie z. B. gesottener Fisch, geschabtes und dann gebratenes Beefsteak, Suppenfleisch, circa 15 Secunden brauchen, um gut zerkleinert zu sein. Mit Mehlspeisen wird man bequem in 10 bis 15 Sekunden fertig, trockenes Schwarzbrod braucht etwa 20 Sekunden, ebenso roher Schinken mit Toast. An englischem Beefsteak wurde 25 Sekunden und mehr gekaut. Das Trinken ist dem Kranken nicht zu verbieten, wenn damit eine reichliche Speisenaufnahme erzielt wird.

Bei ganz appetitlosen Patienten muß man manchmal zu kühl servirten Gerichten seine Zuflucht nehmen: Fleischgelée, Karlsbader Crème, Caramelpudding werden dann ins Menu aufgenommen.

Die Frage, ob das Kauen überhaupt nothwendig oder ob man die Kranken nicht besser mit der Sonde ernähre, beantwortet er folgendermassen: Die Sondenernährung kann immer nur ein Nothbehelf sein. Erfahrungsgemäß ist die Eingießung der Nahrung auf die Dauer für den Magen entschieden schädlich. Der Magen erträgt die Eintönigkeit der Nahrung nicht lange, ohne katarrhalisch zu erkranken. Da-

zu kommt noch ein Umstand. Schon während des Kauens secerniren die Magendrüsen sehr energiſch einen Pepsin und Salzsäure haltenden Saft. Der Speisebrei findet beim Eintritt in den Magen dieses Secret dann ſchon vor und es ist einleuchtend, daß hierdurch der gründlichen und ſchnellen Chymificirung wesentlich Vorſchub geleistet wird. Wird die Nahrung ordentlich durchgekaut, so regt dies reflectoriſch auch eine gute Magenverdauung an. Sch. konnte in Versuchen zeigen, daß die mit der Sonde eingegossene Nahrung weniger zur Secretion der Salzsäure anregt, als wenn das Essen auf natürliche Weise vor sich ging.

Wenn irgend möglich, ist der Kranke vor eiligem Essen zu warnen. Breiige Gerichte sollten, wenn sie auch nicht zerkaut werden brauchen, doch gründlich im Munde durchspeichelt werden. Für Flüssigkeiten gilt dasselbe, daher z. B. der Rath, die Milch, wenn Verdauungsſchwäche besteht, in kleinen Portionen kaffeelöffelweise nehmen zu lassen. Zweckmäßig ist die Vorſchrift, zum Essen immer etwas geröstetes Brod zu genießen. Wer sich die Mühe nehmen muß, das harte Brod mit den Zähnen zu vermalmen, der kann sein Essen nicht ſchnell hinunterbefördern, er muß sich Zeit lassen und damit hat er unbewußt seiner Magenverdauung geholfen. — (Monatsſchr. f. Krankenpfl. H. 4, 1900.)

II. Medicin.

Die Autointoxication. Von C. A. Ewald. Unter Autointoxication versteht man die Selbstververgiftung des Organismus durch Verdauungs- und Stoffwechselproducte normaler oder anormaler Bildung, die der Organismus bei seinen Lebensprocessen selbst erzeugt. Die Quelle derartiger Producte kann intestinal (innerhalb des Verdauungstractes) oder interstitiell (innerhalb der Gewebe) ihren Ursprung nehmen. Schädlich wirkt sowohl der Bildungsexceß, wie die Bildungsanomalie: die Häufung an und für sich giftiger Verdauungsproducte, die normaler Weise aber nur in so kleinen Mengen im Magen und Darm gebildet oder so ſchnell in unſchädliche Verbindungen übergeführt werden, daß ihnen eine Giftwirkung nicht zukommt — die Entstehung neuer Giftkörper. Ein Beispiel ersteren Falls bildet das Phenol oder der Schwefelwasserstoff. Neue Gifte, die durch einen abnormen Verlauf der Verdauung entstehen, sind die Ptomaine, das Peptotoxin, die Amidosäuren, flüchtige Fettsäuren, Alcapton und das Methylmerkaptan. Schon den normalen Verdauungsproducten des Eiweißes, den Albumosen und Peptonen kommt eine ſchädigende Wirkung auf den

Organismus zu, wenn sie nicht von der Darmschleimhaut resorbirt, sondern direct in die Blutbahn eingeführt werden. Als interstitielle Quelle der Autointoxication kommen die in den Körpersäften und den Geweben gebildeten Stoffwechselproducte sensu proprio in Betracht.

Intestinale Autointoxication. In einer Reihe von acuten und chronischen Verdauungsstörungen treten in mehr oder minder hohem Grade gewisse nervöse Reiz- und Depressionserscheinungen auf — Kopfschmerzen, nervöse Reizbarkeit, Müdigkeit, Unlust, hypochondrische Gemüthsstimmung, Schwindel, Benommenheit u. A. — die im Sinne einer Autointoxication gedeutet werden. Es sollen hierbei toxische Stoffe im Magen und Darm gebildet und nach ihrer Resorption in die Pfortader durch die Leber nicht zerstört werden, sondern in den großen Kreislauf übergehen. Wenn der Nachweis der präsumirten Giftstoffe noch aussteht, so sind doch anderseits Fälle acuter und äußerst intensiver Giftwirkung berichtet worden, welche gar keinen Zweifel an einer intestinalen Autointoxication lassen. Das Gebiet dieser intestinalen Autointoxication umfaßt auch die Ursache gewisser Hautkrankheiten, Urticaria, Akne, Pruritus, der Purpura, Asthma dyspepticum, das periodische Erbrechen, die Tetanie, die Cystinurie, ferner die Anämien und Vergiftungserscheinungen bei Helminthiasis, die Biermer'sche sogenannte perniciöse Anämie und die Chlorose.

Zu der interstitiellen Autointoxication wird gerechnet die urämische Intoxication, das diabetische und carcinomatöse Koma, die Basedow'sche Krankheit, der Morbus Addisonii, der Pankreas-Diabetes, das Myxödem und die Cachexia strumipriva, der Cretinismus, Leukämie und Pseudoleukämie, die Eklampsie und selbst manche Psychosen. Gewisse neuropathische Zustände, wie die Migräne, verschiedene Formen der Neuritis, den Morbus maculosus, die Polymyositis, ferner Stoffwechselkranhheiten, wie die Gicht, würde man mit ebensoviel oder ebensowenig Berechtigung den intestinalen wie den interstitiellen Autointoxicationen zutheilen können.

Bei zwei Formen liegt die Selbstvergiftung des Organismus so klar vor Augen, daß sie nicht zu bestreiten ist, nämlich die Kohlensäureintoxication von der Lunge aus und die Vergiftungserscheinungen, welche nach Unterdrückung der Hautathmung eintreten. Bei den anderen Gruppen der Autointoxication würde man den Nachweis von Toxinen verlangen, und da die Lungen und die Haut für einen derartigen Nachweis außer Betracht kommen, sind sie in dem Blut und dem Harn zu suchen.

Von dem ganzen Gebäude der normalen Harngiftigkeit ist kaum mehr wie die Thatsache, daß der Harn überhaupt giftig wirkt, übrig geblieben. Im Harn chronisch oder acut

erkrankter Personen ist der chemiſche Nachweis, die möglichste Isolirung des supponirten Giftes aus dem Harn mit mehr oder weniger Glück versucht worden. Eine zwingende Beweiskraft ist aber allen diesen Versuchen nicht zuzusprechen, abgesehen von den Bacteriengiften und wenigen vereinzelten Ausnahmen ist keine Thatsache bekannt, welche nicht weniger breiten Zweifeln Raum gäbe.

Es sind nur an zwei Stellen, an denen wirklich der Nachweis des die Autointoxication bedingenden Körpers geliefert ist. die Selbstvergiftung durch Schwefelwasserstoff, und zweitens ist der chemiſche und unanfechtbare Nachweis einer Autointoxication, u. zw. der interstitiellen Form derselben für das diabetiſche Koma im weiteren Sinne für die als Säureintoxicationen intestinalen oder interstitiellen Ursprungs bezeichneten Zustände geführt worden.

Die tnatsächlichen Unterlagen, auf denen die Lehre von der Autointoxication beruht, sind außerordentlich gering, die ganze Lehre steht im gegenwärtigen Augenblick auf viel ſchwächeren Füssen als je. Nichtsdestoweniger drängt die kliniſche Erfahrung in zahlreichen Beobachtungen sehr verſchiedenartiger Krankheitszustände fast unabweisbar auf die Annahme einer Selbstvergiftung des Organismus hin. Wenn wir sehen, wie Kranke, welche an ſchweren Störungen der Magen- und Darmverdauung leiden, plötzlich unter den Erſcheinungen der Synkope verfallen und sich ebenso ſchnell erholen, sobald die Störung des Intestinaltractes behoben ist; wenn wir den Erſcheinungen der urämiſchen Intoxication gegenüberstehen, das diabetiſche oder carcinomatöse Koma beobachten; wenn wir den Verfall des Organismus bei gewissen chroniſchen Krankheitsprocessen, das Auf- und Absteigen, das Schwanken der Erſcheinungen, wie bei der perniciösen Anämie, dem Morbus Addisonii, dem Myxödem u. s. f. verfolgen, so werden wir immer wieder auf die Annahme eines im Körper kreisenden Krankheitsgiftes geführt, welches, sei es intestinal oder interstitiell erzeugt, zwar nicht die Krankheit, aber einen wesentlichen Theil, vielleicht die Gesammtheit ihrer Erſcheinungen verſchuldet.

(Berl. klin. Wochenſchr. No. 7 u. 8, 1900.)

Chronische nervöse Diarrhöen und ihre Behandlung. Von Dr. Curt Pariser (Hamburg). Die chroniſchen nervösen Diarrhöen stellen ätiologiſch keine einheitliche Erkrankungsform dar; sie müssen in eine Reihe von Gruppen eingetheilt werden. Zunächst können sie mit Affectionen des centralen Nervensystems ursächlich zusammenhängen, z. B. die den tabiſchen Magenkrisen analogen Darmkrisen. Häufiger und bekannter sind die chroniſchen nervösen Diarrhöen bei Morbus Basedowii; sie können bei dieser Er-

krankung eines der frühesten Symptome sein. Längere Diarrhöen können auch als Theilerscheinung des Diabetes auftreten, schließlich als Symptom der großen Gruppe der Intoxicationen. Chronische Diarrhöen gehören bisweilen zu dem Symptomencomplex, den absterbende Tänien mit ihren giftigen Producten erzeugen; eine zweite, weit häufigere Intoxication ist die mit Nikotin. Chronische Morphiumintoxication ist das dritte Glied in der hieher gehörigen Gruppe. Ferner sind zu erwähnen die reflectorisch ausgelösten chronischen nervösen Diarrhöen. Der Reflex kann von den Geschlechtsorganen, vom Magen oder der obersten Dünndarmpartie ausgehen und sich z. B. als Idiosynkrasie gegen gewisse Nahrungsmittel äußern. Reflectorische Diarrhöen, durch Reflexe von der Haut, der Nase u. s. f. bedingt, sind vielfach beschrieben worden, ebenso auch die den Krankheitsbildern der Neurasthenie und der Hysterie angehörenden Fälle. Die chronische nervöse Diarrhöe kennzeichnet sich durch Mangel von Schleim in den Dejecten. Die Therapie ist oftmals zunächst eine Allgemeinbehandlung oder directe Beeinflussung des speciellen veranlassenden Momentes. Ein wesentliches Milderungsmittel ist die dauernde Application von Wärme. P. zieht trockene Wärme vor („Deutsche Medicinal-Zeitung", 1900, Nr. 32). Oft ist eine vorsichtige Mastkur am Platze; längere Bettruhe ist bei Neurosen nicht indicirt. Ein directer Heilwerth einer passenden Diät ist nur in Fällen zu beobachten, wo die Diarrhöen als Reflex vom Magen oder Duodenum und in Verbindung mit einem chronischen Magenkatarrh aufzufassen sind.

Medicamentös kommt — abgesehen von den tabischen Darmkrisen, wo sofort zu Morphium gegriffen werden muß — vor allem Brom, in regelmäßiger Darreichung und für längere Zeit gegeben, in Betracht. Es wirkt ausgezeichnet und sollte selbst bei den reflectorischen und bei den toxischen nervösen Diarrhöen nach Erledigung der principiellen Therapie in der Nachcur gegeben werden; besonders bei den toxischen, wo die Ausschaltung der Noxen doch erst weitere Vergiftung hintanhält, aber die Wirkung der bereits in den Körper übergegangenen Giftmengen noch fortbesteht und erst allmählich überwunden werden kann.

Ferner verdient Arsen angewandt zu werden. Bei den Fällen, in denen die Ansprechbarkeit der Darmnerven selbst eine auffallend große ist, leistet Extr. cannab. indic. 0,01 bis 0,02, dreimal täglich in Pillen oder Pulvern, hervorragende Dienste in der Herabsetzung der Erregbarkeit, viel bessere als Opium, das hier gewöhnlich versagt.

Bei den Mischformen, besonders mit isolirtem Dünndarmkatarrh, empfiehlt Rosenheim Tanninpräparate als die Beschwerden mildernd. Bei diesen Mischformen ist überhaupt

der einzige Platz für Adstringentien in der Therapie der nervösen Diarrhöen. Bei allen anderen Formen sind Adstringentien und Styptica sicher nutzlos.

Galvanisirung des Rückenmarks verdient zur Unterstützung der Behandlung angewandt zu werden.

Brunnencuren kommen nur bei den Mischformen mit Katarrh in Anwendung. Es kämen hier in erster Reihe die Kochsalzwässer, wie Wiesbaden, Homburg, Kissingen, sowie die Glaubersalzquellen, wie Karlsbad und Marienbad, in Betracht. Sie müssen vorsichtig gehandhabt werden, da sie nicht immer gut vertragen werden. Bei rein nervösen Katarrhen nutzen sie im besten Falle nichts; gewöhnlich werden sie aber direct schlecht vertragen.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die neuesten Kriegserfahrungen über die Gewehrschusswunden. Von Professor Dr. v. Bruns, Tübingen. (Münchener med. Wochenschrift, 1900, No. 15.) Trotzdem seit 1888 die kleinkalibrigen Armeegewehre in fast allen Heeren in und außerhalb Europas zur Einführung gelangt sind, fehlte es bisher an authentischen kriegschirurgischen Berichten über die Wirkung der neuen Geschosse; denn aus dem chilenischen Bürgerkriege, dem spanisch-amerikanischen Kriege, dem englischen Sudanfeldzuge liegen keine solche Berichte vor, während in dem japanisch-chinesischen und griechisch-türkischen Kriege die kleinkalibrigen Gewehre wenig Verwendung fanden. Unsere Kenntnisse über die Wirkung der modernen Handfeuerwaffen waren bisher lediglich auf Schießversuche gegen menschliche Leichen und lebende Thiere begründet. B. gelangte auf Grund solcher Versuche schon 1889 zu dem Ergebniß, daß die kleinkalibrigen Mantelgeschosse im Vergleich zu den früheren Bleigeschossen eine geringere Sprengwirkung aufweisen und einen engeren Schußkanal, sowie kleinere Ein- und Ausschußöffnungen bewirken, so daß die Wunden eher den subcutanen Charakter wahren und glatt zur Heilung gelangen können. Also trotz der enormen Vervollkommnung der Waffe wäre ihre Wirkung auf den menschlichen Körper weniger grausam geworden. In diesem Sinne hatte B. für die Kleinkalibergewehre die Bezeichnung „humane Waffe“ gebraucht, eine Bezeichnung, die vielfach Anfechtung und Widerspruch erfahren hat, indem man ausschließlich die Schußverletzungen der compacten Knochen mit ihrer ausgedehnten Splitterung in Betracht zog, während doch die harmlosen Weichtheilschüsse an Zahl weit überwiegen. Die

Erfahrungen in dem gegenwärtigen südafrikaniſchen Kriege bestätigen nun den humanen Character der kleinkalibrigen Vollmantelgeſchosse, wie die Berichte der Aerzte vom Kriegsſchauplatz beweisen. Die Buren sind mit dem Mausergewehr (von 7 mm Kaliber) und Vollmantelgeſchossen bewaffnet, die Engländer mit dem Lee-Metford-Gewehr von 7,7 mm Kaliber und Patronen Muster II mit Kupfernickelvollmantelgeſchoß. Nur die ersten nach Südafrika verſchifften engliſchen Divisionen waren mit Patronen Muster IV und V versehen, d. h. mit den von v. Bruns als Hohlspitzengeſchosse bezeichneten, deren grausame Wirkung er durch Schießversuche auf menſchliche Leichen und ein lebendes Pferd nachgewiesen hatte. Der engliſche Chirurg Mac Cormac berichtet z. B.: „Man ist geradezu verblüfft über die verhältnißmäßige Harmlosigkeit der Verwundungen durch die Mausergeſchosse im Vergleich zu den ſchweren Verletzungen, die man bei den Zündnadelgewehren und den Chassepots zu sehen gewohnt war.“ Die Verletzten, die er nur wenige Stunden nach ihrer Verwundung sah, zeigten sämmtlich Wunden mit kleiner Ein- und Ausſchußöffnung; dieselben waren fast alle spontan verklebt und bluteten nicht. In 8—10 Tagen sind derartige Weichtheilwunden geheilt. Treves berichtet, daß das Mausergeſchoß auf 1500—2000 Yards wie eine Nadel auch durch Knochen ohne Splitterung hindurchdringt; auf nahe Entfernungen bis 500 Yards zersplittert es die Röhrenknochen. — Ebenso gutartig waren oft die Lungenſchüsse, welche oft gar keine Erſcheinungen oder nur unbedeutenden Bluthusten veranlassen. Auch die Prognose der Bauchſchüsse hat sich als viel günstiger herausgestellt, als man bisher annahm. Eine auffallend große Zahl von Bauchſchüssen gelangte ohne ernste Erſcheinungen und ohne operativen Eingriff zur Heilung. Wenn auch in einzelnen Ausnahmefällen die Bauch-eingeweide der Perforation entgangen sein können, so wurde in anderen die Perfortion des Darms durch Blutabgang mit dem Stuhl bewiesen. In solchen Fällen war der Darmkanal vielleicht zufällig leer; die Oeffnungen in der Darmwand durch das Mausergeſchoß sind so klein, daß sie sich sofort wieder ſchließen, ohne daß Darminhalt austritt. Nach Befunden bei Laparotomien ſchien es durchaus denkbar, daß solches vorkommt. Deshalb sind die engliſchen Chirurgen zu der Ansicht gelangt, daß die Indicationen zu operativen Eingriffen bei Bauchſchüssen erheblich einzuſchränken sind. Dr. Küttner aus Tübingen, der als Mitglied der Expedition des Deutſchen rothen Kreuzes auf dem Kriegsſchauplatze thätig ist, gelangt zu ähnlichen Schlußfolgerungen, wie aus einem Brief an von B. hervorgeht. Auch K. spricht sich dahin aus, daß die Prognose der modernen Schußverletzungen im

Allgemeinen eine auffallend günstige, die Therapie eine ausgesprochen conservative ist. Am schwersten sind nach wie vor die Schädel- und Gehirnverletzungen, welche auch am häufigsten ein operatives Eingreifen erfordern. In Bezug auf die Bauchschüsse bestätigte K. die Erfahrungen der englischen Chirurgen, daß die Patienten durchkommen bei exspectativer Behandlung und sterben, wenn man laparotomirt. Die Patienten mit Leberschüssen scheinen alle auf dem Schlachtfeld zu sterben, günstiger verlaufen die Nierenschüsse. Die Fernschüsse durch Epiphysen und Gelenke sind sehr günstig und heilen fast immer ganz glatt. Fernschüsse durch Diaphysen werden, wenn die Hautöffnungen klein sind, selten inficirt, heilen aber, wenn die Zersplitterung stark ist, langsam und gehen häufig in Pseudarthrosen aus. Ist die Zersplitterung gering, so verläuft die Heilung glatt. Nahschüsse mit großen Ausschußöffnungen, die aber nie größer als fünfmarkstückgroß sind, sind der Infection stark ausgesetzt. — (Allg. med. Centralztg.)

Ueber Werthigkeit der Finger in Bezug auf Defect und Verbildung. Von Dr. J. Riedinger. (Samml. klin. Vorträge, N. F. Nr. 237, Chir. 71.) Immer mehr Bedeutung gewinnt das durch die Unfallversicherungsgesetze sozusagen neu erstandene Specialfach der Chirurgie, die Lehre von der Beurtheilung der durch Unfälle hervorgerufenen Einbusse an Erwerbsfähigkeit, und fleißig wird daran gearbeitet, die durch das Gesetz gegebenen Principien mit den Grundsätzen der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit auf endgiltig sicherer Basis in Uebereinstimmung zu bringen. Eines der schwierigsten Gebiete für vollkommen zutreffende Entscheidungen, möglichst unabhängig von den Angaben des Verletzten, bilden die Functionsstörungen und Defecte nach Verletzungen des complicirten Gliedersystems der Hand. Fehlt ja dem Arzte noch immer, trotz der vielfachen erfreulichen Fortschritte in entwicklungsgeschichtlicher und vergleichend-anatomischer Hinsicht über die Gelenkformen und Gelenkbewegungen an der Hand, eine eigentliche Physiologie des Greifens, die uns über den absoluten oder relativen Werth eines Fingers aufgeklärt. Um diesen Werth eines Fingers beurtheilen zu können, müssen wir seine Function kennen, diese aber können wir nach dem Effect und dem Modus der Arbeitsleistung abschätzen. Die Vollkommenheit der menschlichen Hand liegt weniger in der größeren Kraft, als in dem vielfältigen Bewegungsspiel und dem zweckmäßigen Zusammenwirken aller Finger. Durch die Anordnung der Gesammtmuskulatur entstehen in der Hohlhand 4 Abschnitte, welche gebildet werden einerseits vom Daumen mit dem Daumenballen, dem gegenüberliegenden Zeigefinger und Mittelfinger, anderseits vom Kleinfinger-

ballen und dem gegenüberliegenden Ringfinger und Kleinfinger. Diese vier Abſchnitte der Hohlhand bilden zwei functionell zusammengehörige Systeme, ein auf der radialen und ein auf der ulnaren Hälfte gelegenes. Der Mittelfinger gehört, seiner Aufgabe entsprechend, einen Stützpunkt für den Daumen abzugeben, zum System des Daumens.

Der Werthigkeit nach verhalten sich die beiden Systeme, wie 2 : 1, die Hand zerfällt functionell in drei gleichartige Zonen, in zwei seitliche und eine mittlere. Der Daumen mit dem Daumenballen entspricht der äußeren, der Ring- u. der Kleinfinger mit dem Kleinfingerballen der inneren, der dazwiſchen gelegene Theil der Hand der mittleren Zone.

Erhebt sich die Frage, welcher Finger der mittleren Zone der wichtigere ist, so müssen wir antworten: derjenige, welcher am ſchwersten entbehrt werden kann. Für grobe Arbeit unterliegt es keinem Zweifel, daß dies der Mittelfinger ist. An der verstümmelten Hand können wir diese Thatsache gut beobachten.

Der Zeigefinger, dessen Mitttelhandknochen bei Defect der Fingerglieder eine gewisse Beweglichkeit sich aneignet, ist hauptsächlich für die subtile Arbeit geſchaffen. Auf Grund ganz einleuchtender Erwägungen kommt R. zu der Ueberzeugung, daß jeder Finger der mittleren und inneren Zone eine besondere Aufgabe hat, welche an Wichtigkeit sich gleichmäßig über alle vertheilt. Die Hand erleidet also durch den Verlust eines jeden Fingers einen besonderen Verlust. Setzen wir also den Verlust der Hand = 100, ist der Verlust des Daumens = dem Verluste des Zeigefingers und Mittelfingers = dem Verluste des Ringfingers und kleinen Fingers = $33^1/_3$ oder 25 Proc. der Ganzinvalidität, wenn wir annehmen, daß ein Mann um 75 Proc. seiner Erwerbsfähigkeit gehemmt ist, wenn er eine Hand verliert. Der einzelne Finger, mit Ausnahme des Daumens, wäre mit 15 Proc. zu entſchädigen. Einen Unterſchied zwiſchen rechts und links zu machen, hält R. nicht gerechtfertigt. Es muß dabei bedacht werden, daß der Verlust des rechten Armes nur eine längere Uebungszeit erfordert, als der Verlust des linken, der absolute Werth beider Arme ist aber derſelbe. Natürlich kommen individuelle Verhältnisse, das Alter in Betracht, wo ein solcher Ausgleich nicht mehr möglich ist.

Jede Zone muß um 10 Proc. höher verwerthet werden, wenn die dazu gehörigen Metacarpalknochen fehlen. Eine Zusammenstellung der praktiſch wichtigen Zahlen ergibt, Daumen als I, Zeigefinger als II u. s. w. angenommen, die eingeklammerten Zahlen bedeuten links: I allein defect 25 (20), ist die Mittelhand mit beſchädigt 35 (30), I + II 40 (30), 55 (45), II + III, ebenso IV + V 25 (20), 35 (30), II + III + IV 40 (30), 35 (45), I + II + III 50 (40), 65 (50), III

+ IV + V 50 (40), 55 (55), II + III + IV + V 50 (40), 65 (50), I + II + III + IV + V 75 (60), 75 (60).

Auf die verschiedenen Arten der Versteifung der Finger einzugehen, die im allgemeinen dem Verluste des Fingers gleichkommen und ebenso geschätzt werden können, würde zu weit führen und verweisen wir demgemäß alle Interessenten der Sachverständigenthätigkeit für Unfallheilkunde auf das sehr lesenswerthe Original. Die angegebenen Werthe haben natürlich nur relative Geltung.

Die Distorsion des unteren Fussgelenks. Von Dr. Heinrich Krapf. (Münch. med. Wochenschr., 1900, No. 11.) Der Fuß macht bekanntlich außer den Bewegungen des Beugens und Streckens auch seitliche Bewegungen, insbesondere eine Pronations- und Supinationsbewegung; diese Bewegungen sind nicht etwa von geringer Bedeutung, sondern sie bewirken ein genaues Anpassen des Fußes an alle Unebenheiten des Bodens und ermöglichen so nicht nur das Gehen auf steinigem, unebenem Terrain, sondern unterstüten auch durch möglichst genaue Adaption der Fußsohle an den Boden, wie sie beim Heben schwerer Lasten nöthig ist, die Tragfähigkeit eines Mannes ganz erheblich. Störungen dieser seitlichen Beweglichkeit treten vor allem bei Fracturen des Talus und Calcaneus ein. Störungen der seitlichen Beweglichkeit des Fußes können aber, wie Verf. in der vorliegenden Arbeit eingehender schildert, noch bei einer besonderen Art von Verletzung eintreten. Die seitlichen Bewegungen des Fußes werden nämlich durch das sog. untere Fußgelenk oder Talotarsalgelenk vermittelt, welches aus drei verschiedenen Knochenverbindungen sich zusammensetzt, den Verbindungen zwischen Sprung- und Felsenbein, Sprung- und Kahnbein, Fersen- und Würfelbein. Diese drei Gelenke führen zusammen eine Bewegung aus derart, daß das Talonaviculargelenk die Hauptbewegung vermittelt, während die beiden anderen Gelenke sich lediglich accessorisch, die Bewegungen des Talonaviculargelenkes modificirend, mitbewegen; wird der innere Fußrand gehoben und zugleich die Fußspitze einwärts gerichtet, so spricht man von Adduction oder Supination des Fußes; die entgegengesetzte Bewegung — Auswärtsrichten der Fußspitze unter gleichzeitigem Erheben des äußeren Fußrandes — heißt Abduction oder Pronation. Da sich an diesen Bewegungen also alle drei Gelenke — die Art. talocalcanea, talonavicularisund calcaneocuboidea — betheiligen, so hat jede Veränderung in einem dieser Gelenke eine Störung der Function des gesammten Gelenkapparats zur Folge. Es giebt nun eine Reihe von Fällen von Beschränkung oder totaler Aufhebung der seitlichen Beweglichkeit des Fußes nach Trauma, wo diese auf eine Distorsion

im unteren Fußgelenk zurückzuführen ist. Gewöhnlich erzählt der betreffende Patient, er habe sich vor längerer Zeit den Fuß übertreten und habe sodann, freilich unter starken Schmerzen, noch eine kurze Wegstrecke zurücklegen können, aber bald wegen steigender Schmerzhaftigkeit und Anschwellung der Fußgelenksgegend sich Ruhe und Schonung auferlegen müssen. Jetzt könne er zwar auf ebener Landstraße wieder ganz gut gehen, leide aber, sobald er auf ein unebenes Terrain komme, unter einem beständigen Gefühl der Unsicherheit, verbunden mit Schmerzen entweder mehr an der Innenseite oder an der Außenseite des Fußes; besonders schmerzhaft ist das unversehentliche Auftreten mit dem Fuß, namentlich mit dem Absatz, auf einen kleinen auf harter Unterlage liegenden Stein. Objectiv findet man bei den schon älteren Fällen entweder eine Verbreiterung der Gegend des vorderen Talocalcaneagelenks, oder auch nur eine unbedeutende nicht characteristische Prominenz vor und unter dem äußeren oder inneren Knöchel in der Talusgegend, oder eine Verlagerung der vorderen äußeren Talusecke, stets aber eine fast oder ganz vollständige Aufhebung der Pronation und Supination des Fußes, während Dorsal- und Volarflexion in normaler Weise ausführbar sind. Als Ursache dieser Störungen sind Verletzungen im untern Fußgelenk anzusehen, Bänder- und Gelenkkapselzerreißungen, auch Infractionen oder Fissuren eines angrenzenden Knochens etc. Meist sind indirecte Gewalteinwirkungen die Ursache der Distorsion im unteren Fußgelenk. Kommt eine solche frisch zur Untersuchung, so sind folgende drei Symptome vorhanden: 1) ein mehr oder minder ausgebreitetes Blutextravasat, welches beide Seiten des Talocalcaneusgelenks einnehmen kann, oder auch nur an der Innen- oder Außenseite des Fußes erscheint. 2) Starke Druckempfindlichkeit dieser Gegend, besonders vor und unter dem äußeren oder inneren Knöchel. 3) Fast vollständige Aufhebung von Pro- und Supination des Fußes infolge intensiver Schmerzhaftigkeit, während Beugung und Streckung keinerlei wesentliche Einschränkung zeigen. Der Verlauf ist meist ein recht langsamer, besonders wenn der Pat. im Anfang sich nicht genügend schont; es kommt in der Folge zu einer Ankylose im untern Fußgelenk, welche bei geeigneter Behandlung sich wohl etwas lösen kann, auf jeden Fall aber eine dauernde Störung in der seitlichen Beweglichkeit des Fußes zurückläßt. Die Therapie besteht vor allem in unbedingter Schonung des verletzten Fußes durch verhältnißmäßig lang dauernde Bettruhe; daneben dürfte eine geeignete Massage meist von Nutzen sein. Wenn der Process (meist mit einer Ankylose) ausgeheilt ist, so ist es nothwendig, dem Fuß eine sichere Stütze zu geben, am besten durch einen ev. mit einer Plattfußeinlage versehenen

Schnürſchuh; die Plattfußeinlage ist da indicirt, wo die seitliche Beweglichkeit nicht vollständig aufgehoben, sondern nur eingeſchränkt ist. Bei dieser Therapie werden die Beſchwerden des Pat. wesentlich verringert, er lernt den verletzten Fuß auch auf unebenem Terrain wieder gebrauchen. Deswegen ist die Prognose keineswegs eine ungünstige zu nennen. Als Ursache dieser Besserung ist die Gewöhnung, die allmählich gewonnene Anpassung an die neuen Verhältnisse anzusehen. — Zum Schluß weist K. darauf hin, daß bei der Untersuchung und Begutachtung von Unfallverletzten neben der Prüfung der Dorsal- und Volarflexion die Prüfung der seitlichen Bewegungen des Fußes nicht zu unterlassen ist; für die Würdigung der Klagen der Verletzten ist dies oft von großer Bedeutung.

Die frühzeitige methodische Bewegung bei der Behandlung der Gelenksverletzungen und Gelenkserkrankungen. Von Dr. Lucas Championnière.

Die absolute Ruhigstellung verletzter und erkrankter Gelenke galt lange Zeit als Regel und war nach der früher herrſchenden Ansicht das einzige Mittel, um Entzündungen der verletzten Gelenke hintanzuhalten. Dieser Ansicht tritt Ch. auf das Entſchiedenste entgegen und weist darauf hin, daß er seit 25 Jahren bei allen pathologiſchen Processen in den Gelenken ſchon sehr frühzeitig Bewegungen mache und daß diese Art der Behandlung die einzige ist, welche geeignet erſcheint, die Versteifungen der Gelenke zu verhindern. Diese Regel gilt sowohl für Contusionen des Gelenkes, wie für Distorsionen, dann Gelenksfracturen und Luxationen, wo neben der Massage schon in den ersten Tagen Bewegungen ausgeführt werden. Gleichzeitig macht er darauf aufmerksam, daß die Bewegung, die er meine, nicht gleichbedeutend sei mit der vollen Function des betreffenden Gelenkes; es müssen sehr kleine, recht zarte Bewegungen ausgeführt werden, welche entsprechend der Empfindlichkeit des Patienten dosirt werden müssen, aber diese genügen ſchon, um die spätere Function des Gelenkes in vollem Masse zu erhalten.

Ebenso verfährt er bei Wunden, die bis in das Gelenk reichen, dann bei operativer Eröffnung der Gelenke, bei Arthrotomien, Arthrektomien und Gelenkresectionen. Bei allen diesen Processen sieht er principiell von der Immobilisirung ab und führt dieselbe nur ausnahmsweise aus, wenn die Schmerzhaftigkeit es erfordert, oder bei Fracturen, wenn die Wahrſcheinlichkeit der Verſchiebung der Knochenfragmente vorhanden ist. Aber auch in diesen Fällen müssen täglich kleine Bewegungen gemacht werden, um die Functionen des Gelenkes zu erhalten.

Sogar bei der Behandlung des Tumor albus führt Ch.

dieses Princip durch. Wieder ist es nur die Schmerzhaftigkeit, welche die Indication zur Immobilisirung abgiebt, sonst fällt sie weg. Die Behandlung beschränkt sich hauptsächlich auf Pointes de feu und Application von Quecksilber- und Bleipflaster. Er rühmt seiner Methode nach, daß nach Heilung des Processes die Beweglichkeit des Gelenkes eine vollständige sei, auch noch in Fällen, die Anfangs nur für die Amputation geeignet schienen. — (Gaz. des hôpit Nr. 6, 1900).

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Die Lehre von der puerperalen Eclampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt. Von Dr. Siegfried Flatau-Nürnberg. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe.*)

Unter dem Begriffe Eclampsie versteht man heute eine während des Fortpflanzungsgeschäftes im weiteren Wortsinne im Leben der Frau auftretende Autointoxication, die plötzlich zum Ausbruch kommt und eine gesteigerte Erregbarkeit der Krampfcentren zur wichtigsten und auffälligsten Begleiterscheinung hat. Wenn aber der Eintritt der Eclampsie meist ein plötzlicher ist, der blitzartig mit dem ersten Anfall die bisher meist gesunde Frau niederwirft, so giebt es doch nicht selten deutlich ausgesprochene Prodromalsymptome. Leichte Zuckungen der Gesichtsmusculatur, Opisthotonus, Schwindel, Erbrechen mit Amblyopie und Amaurose müssen als verdächtige Symptome beobachtet werden. Noch mehr, wenn sie mit Anurie und Oedem der Genitalien, der unteren Extremitäten oder der Augenlider vergesellschaftet sind. Eine nicht minder auffallende Erscheinung ist zuweilen eine prodromale Gedächtnißschwäche. Aber alle diese geschilderten Vorboten können ausbleiben und mitten im gesunden, blühenden Leben wird meist der erste eclamptische Anfall mit der ganzen allarmirenden Schwere seines Wesens einsetzen und in der kurzen Zeit weniger Minuten rollt sich das aufregende Bild einer Reihe von pathologischen Vorgängen der schwersten Art ab. Zuckungen, oft im Musculus orbicularis palpebrarum beginnend, werden zu clonischen und tonischen Krämpfen sämmtlicher Gesichtsmuskeln, während die Augen mit weiten Pupillen einen starren Blick annehmen und die Bulbi nach oben gerollt sind. Auf den Musculus sternocleidomastoideus, auf die Muskeln der oberen Extremitäten, auf das Zwerchfell greifen die Krämpfe über, nnd von den gewaltigen Zuckungen erschüttert schlägt der Körper der Kranken machtlos hin und her. Der zuerst

*) cf. „Der pract. Arzt" No. 3, 1900.)

jagende Athem wird bald mühseliger und schwerer, nimmt einen keuchenden Charakter an, stockt auf der Höhe des Anfalls oft vollkommen, bis blutiger Schaum die Lippen der mit tiefblau cyanotischem Gesicht daliegenden Kranken bedeckt. Die Zunge wird meist schon im ersten clonischen Anfall zerbissen. Ein Bild vollkommenster Zerstörung normaler Function ist entstanden, die Sensibilität der Muskeln und der Haut ist aufgehoben, die Cornealreflexe sind erloschen. Langsam nur und allmählich setzt die Respiration wieder ein, verliert sich der Krampf der Muskeln und in tiefem Coma, mit schnarchenden und rasselnden Athemzügen liegt die Kranke da. Das Bewußtsein pflegt nur nach den ersten Anfällen wiederzukehren, bleibt in schweren Fällen auch in den Pausen erloschen. Die Frequenz des Pulses ist stark vermehrt, die Art desselben klein und fliehend; die Temperatur pflegt meist rasch zu steigen bis zu 40,5 C. Die Dauer des Anfalles schwankt ziemlich beständig zwischen 30 Secunden und $1^1/_2$ Minuten, während die Zahl der Anfälle eine überaus mannigfache ist. Neben den erwähnten manifesten Erscheinungen spielen sich eine Reihe von pathologischen Vorgängen im Innern des Körpers ab: Eiweiß im Urin, Steigerung des Blutdrucks während des Anfalls, Retinitis und Amaurose, Hyperalgesie, Steigerung der Patellarsehnenreflexe und maniacalische Zustände.

Die Eclampsie ist eine Erkrankung, die in einem hohen Procentsatz zum Tode führt. Die directen Ursachen derselben sind mancherlei Art: stärkere Zerreißungen von Hirngefäßen mit Blutaustritt und Zerstörung von Gehirnsubstanz, Lungenödem, rapid zunehmende Herzschwäche, Erstickung durch die gebissene und stark geschwollene Zunge, Schluckpneumonie und Sepsis. Werden die Anfälle immer kürzer und leichter, die Pausen immer größer und nähert sich das körperliche Befinden in den Pausen der Norm, so wird die Eclampsieerkrankung vom Körper überwunden und es tritt das Stadium der Reconvalescenz ein. Aber ein zahlreiches Heer von Nacherscheinungen gefährdet noch längere Zeit Leben und Gesundheit der Erkranktgewesenen. Naturgemäß werden dieselben vorzugsweise jene Organe befallen, welche am meisten unter der Eclampsie gelitten haben.

Ein besonderer Einfluß der Eclampsie im Wochenbette für den Verlauf desselben kann nicht festgestellt werden. Eine weitere wichtige Frage ist die, wie das Befinden des Kindes durch die Eclampsie beeinflußt wird. Denn man kann annehmen, daß bei der Erkrankung des mütterlichen Organismus, dessen Blut durch ein angenommenes Gift zersetzt ist, dessen Blut auch noch durch die ungenügende Athmung

während der Convulsionen mit Kohlensäure überladen ist, auch die in diesem Organismus ernährte Frucht leiden muß. So stirbt denn auch ein nicht kleiner Theil der Kinder thatsächlich intra partum ab. Genauere Angaben zu machen, ist sehr schwer, da die verschiedenen therapeutischen Bestrebungen, die Eclampsie zu bekämpfen, auch einen großen Einfluß auf das kindliche Leben haben. Die Frage wurde brennender, als, durch französische Forscher vertreten, die Ueberzeugung von der Toxicität des mütterlichen Blutes immer mehr Anhänger gewann. Die intrauterine Eclampsie ist nun thatsächlich in einer Reihe von unzweideutigen und überzeugenden Berichten nachgewiesen worden.

Ein so bestimmt gezeichnetes und an pathognostischen Momenten reiches Bild, wie die Eclampsie, wird naturgemäß der Diagnose keine besonderen Schwierigkeiten bereiten. Der eclamptische Anfall hat in seinen äußeren Umrissen die meiste Aehnlichkeit mit dem epileptischen, aber die wiederkehrenden Anfälle sind keine so regelmäßigen, vor Allem keine so raschen; zudem fehlt der prägnante Urinbefund. Noch weniger kann eigentlich der hysterische Anfall den Beobachter irre führen; er läßt das mit der Eclampsie unzertrennliche Coma vermissen, ferner reagiren die Pupillen auf Berührung. Dagegen hat die Meningitis schon zu diagnostischen Irrthümern verleitet. Genaue anamnestische Aufnahmen bei den Angehörigen können rasch darüber Klarheit schaffen, daß schon vor den Anfällen hohes Fieber bestanden hat, daß die Kranken schon vor diesen somnolent gewesen sind. Krämpfe, die durch Gehirntumoren und durch acuteste Anämie bedingt werden, dürften auch nur bei einiger Aufmerksamkeit zu Verwechselungen kaum Anlaß geben. Auch dürfte es nicht überflüssig sein, die acute Alkoholintoxication, den Rausch, in den Bereich differenzialdiagnostischer Betrachtungen zu ziehen. Der verrätherische Geruch und die Erinnerung an die Möglichkeit einer Alkoholeinwirkung werden den Arzt sofort die Wahrheit erkennen lassen.

Die Lehre von der pathologischen Anatomie der Eclampsie ist noch eine sehr junge. Erst in den letzten Jahrzehnten häuften sich die Sectionsbefunde auch anderer Organe als Niere und Gehirn, aber ohne daß man versucht hätte, ein pathologisch-anatomisches Gesammtbild der Eclampsie zu construiren. Dies in der ausgezeichnetsten und sorgfältigsten Art gethan haben, ist das bleibende Verdienst Schmorl's, obwohl die von ihm gezogenen Schlüsse für die Aetiologie der Eclampsie sich nicht als stichhaltig erwiesen haben. Die Urinmenge ist in den meisten Fällen bedeutend vermindert und eiweißhaltig (bis 2,5 pCt.). Der Harn reagirt stark sauer. Der Nachweis von Leucin und Tyrosin kann

nicht als specifisch für die Eclampsie angesehen werden; ihr Vorkommen ist nur ein Beweis für den Zerfall hoch zusammengesetzter Eiweißkörper in dem schwer geschädigten Organismus. Im Sediment findet man Fibrincylinder und sowohl rothe als weiße Blutkörperchen. Analoge Veränderungen wie in den Nieren wurden auch in der Leber festgestellt. Schmorl hat seine Aufmerksamkeit auch auf die Lunge erstreckt und in dieser wieder die für die Eclampsie bezeichneten Blutungen und Thrombosen selbst bei größeren Gefäßen gefunden. Das Merkwürdige und Neue war bei dieser Entdeckung, daß die Thromben häufig Leberzellen und Zellen noch einer anderen auffallenden Art einschlossen. Diese letzteren waren nämlich groß, schlossen 6—15 Kerne ein und da sie sich nur im arteriellen System fanden, schloß Schmorl, daß es Deciduazellen aus der Placenta wären.

Bei dem Mangel jeder greifbaren und beweisbaren materiellen Ursache für die Entstehung der Eclampsie sahen sich die Forscher bald auf den schwankenden Boden der Hypothese abgedrängt. Bewiesen ist heute nur eines und muß als Lehrsatz gelten: Die Eclampsie ist eine Autointoxication während des Fortpflanzungsprocesses; der letztere begünstigt Störungen des N-Stoffwechsels, als dessen Zeichen Kreatin, Kreatinin, Leukomaine und Globuline im Blute erscheinen können.

Da man mit vollem Recht von einer Disposition zur Eclampsie schon in der Schwangerschaft sprechen kann und diese Disposition deutlich erkennbare Merkmale hat, wird die Prophylaxe hier einzusetzen haben. Schwangere sollen zunächst regelmäßig auf Eiweiß im Harn untersucht werden. Sollten auch nur minimale Spuren von Eiweiß vorkommen, stellen sich Oedeme ein, so hat sofort die strengste Milchdiät Platz zu greifen. Wo diese nicht durchzuführen ist, soll man wenigstens die Fleischzufuhr beschränken und Vegetabilien bevorzugen. Eine sorgfältige Hautpflege durch reichliche warme Bäder muß dringend angerathen werden, während man chloranämische Diathesen durch geeignete Eisenpräparate und Diät zu bekämpfen suchen wird. Die Diurese wird dabei durch die Mineralwässer von Vichy, Fachingen etc. ausgezeichnet angeregt. Die Nephritis gravidarum wird durch die genannten Behandlungsmethoden gleichzeitig auch am wirksamsten und zweckmäßigsten bekämpft und in Schranken gehalten werden. Energisch muß wiederholt werden, daß die auch von Aerzten bei Nephritis in der Schwangerschaft verlangte Unterbrechung der letzteren fast stets abzulehnen ist, mit Ausnahme jener schwersten Fälle, wo die Albuminurie mit unstillbarem Nasenbluten,

mit ſchwerem Anasarca, mit Sehstörungen und urämiſchen Symptomen complicirt ist, d. h. wenn das Leben der Mutter direct in Frage kommt.

Es giebt gewisse allgemeine Regeln, nach denen die Eclampsie stets zu behandeln sein wird, gleichgiltig ob sie in der Schwangerſchaft, während der Geburt oder im Wochenbett auftritt. Die Kranke werde von ihrer Umgebung isolirt und am besten in ein mäßig verdunkeltes Zimmer verbracht; nach den Anfällen in den Ruhepausen ist die ermattet und erſchöpft Daliegende durch unnöthige Untersuchungen und Betastungen nicht zu reizen. Die Zunge wird gegen die Bisse im Anfall durch ein geeignetes Instrument — einen mit Tuch umwickelten Löffelstiel oder Spatel — vorsichtig geſchützt. Der bewußtlos und comatös daliegenden Kranken Kräftigungsmittel oder Medicamente per os zu geben, ist streng verboten. Da das Schlucken den Kranken meist unmöglich, die Reflexe abgestumpft oder erloſchen sind, stürzt man sie nur in die Gefahr der Aspiration in die Luftröhre und der darauf folgenden Schluckpneumonie. Dieser Erfahrung zufolge soll man den Kopf der Eclamptiſchen immer seitwärts neigen, um auch die Aspiration von Speichel zu vermeiden. Während der eclamptiſchen Anfälle hat die Therapie zweierlei Aufgaben: 1) Die Elimination der Gifte anzuregen und zu beſchleunigen; 2) die Zahl und die Intensität der Convulsionen zu beſchränken oder zu unterdrücken. Für den ersten Zweck kommt bei dem problematiſchen Werth der Arzneien hauptsächlich die Hydrotherapie in Betracht, und zwar die von Jaquet 1870 empfohlenen Packungen. Diese Packungen werden so ausgeführt, daß von den Schultern abwärts der Körper mit Einſchluß der Arme mit Leintüchern umwickelt wird, die, in kaltes Wasser getaucht, gut ausgerungen sind. Es ist sehr wichtig, jedes Bein für sich zu wickeln. Das Zimmer soll eine Temperatur von mindestens 20° C. haben. Der Körper der Kranken wird dann bis zum Kinn in ein Wannenbad getaucht, dessen Anfangstemperatur zwiſchen 38 und 40° C. betragen soll. Während des Badens, das bis zu einer Zeitdauer von circa einer halben Stunde verlängert wird, soll die Wasserwärme durch Zugießen allmählich auf 42—45° C. gebracht werden. Indessen werden auf dem Bette zwei übereinandergelegte wollene Decken ausgebreitet, auf denen noch ein erwärmtes Leintuch liegt. Die aus dem Bad gehobene Kranke wird dann in Letzeres eingewickelt, worauf die wollenen Decken rings um den Körper herumgeſchlagen werden. Den bald sich einstellenden starken diaphoretiſchen Prozeß soll man zwei bis drei Stunden währen lassen. Unter dem Einfluß des Schweißausbruches pflegt sich bei den Kranken sehr bald ein quälen-

des Durstgefühl einzustellen. Man soll diesem nachgeben, besonders wenn die zuzuführenden Flüssigkeiten wieder die Fähigkeit haben, die Diaphorese und Diurese zu steigern. Empfohlen seien die Quellen von Selters, Fachingen, Gießhübel und Pflanzensäuren.

Das Bestreben, die Krampfanfälle zu mildern oder zu verhindern, führte in gerader Linie zur Anwendung der Narcotica. Sie haben aber keinen günstigen Einfluß auf die Eclampsie.

Der Arzt hat in den meisten Fällen am Bett der Eclamptischen nicht nur die Aufgabe, die Krankheit zu bekämpfen, sondern auch die Geburt zu überwachen, resp. deren Verlauf zu beschleunigen. Die Erfahrung, daß in 85 pCt. aller Eclampsien die Krankheit mit der Ausstoßung der Kinder coupirt wird, hat den therapeutischen Weg geöffnet, durch künstliche Abkürzung des Geburtsverlaufes die Eclampsie selbst indirect anzugreifen. Im Allgemeinen kann die Hauptregel aufgestellt werden: Die Geburt soll so rasch als möglich auf natürlichem Wege beendet werden, so wie es die Verhältnisse des Genitalschlauches erlauben. Bei eclamptischen Erkrankungen, die mild verlaufen, die mit selteneren und weniger intensiv auftretenden Krampfanfällen complicirt sind, wird es genügen, unter Anwendung hydrotherapeutischer Maßnahmen den natürlichen Geburtsverlauf zu überwachen. Anders dagegen in Eclampsiefällen mit schwerem Coma und rasch aufeinander folgenden Convulsionen: da heißt es die Geburt des Kindes möglichst zu beschleunigen. Als Mittel zu diesem Zweck sind die verschiedensten Eingriffe empfohlen worden, von der relativ harmlosen Dehnung des Muttermundes an bis zum heroischen Kaiserschnitt. Ist es überhaupt noch nicht zu Wehenthätigkeit gekommen und ist die Cervix noch nicht entfaltet, so wird sich die nächste Aufgabe darauf beschränken, Wehen anzuregen. Den extremen Weg des Kaiserschnitts hat Halbertsma empfohlen, der von der Ueberzeugung geleitet wurde, daß die Eclampsie durch Compression der Harnleiter von Seiten des Kindes entstünde. Er empfahl darum den Kaiserschnitt in den Fällen, in denen die schwere Form der Eclampsie gleich von vornherein eine infauste Prognose gäbe, besonders also, wenn sie vor dem Beginn der Geburtsthätigkeit auftrat. Seit der Veröffentlichung Halbertsma's sind in der gesammten Literatur 30 Fälle von Kaiserschnitt niedergelegt worden. Betrachtet man diese Casuistik mit kritischem Auge, so kommt man zu Schlüssen, die der Sectio caesarea nur die Stellung eines Ultimum refugium geben. Die Sterblichkeit der Mütter ist außerordentlich hoch: Von den 30 Müttern starben 17. Von den Kindern starben nicht weniger als 18.

Aber noch ungünstiger für den Kaiserschnitt ist die Erkenntniß, daß die Eclampsie selbst nach Entwicklung des Kindes und nach Beendigung der Operation in einer recht beträchtlichen Anzahl von Fällen nicht sistirte, und somit dürfte man wohl vom Kaiserschnitt Abstand nehmen.

Das Heer der Nachkrankheiten wird nach den Regeln der Wissenschaft zu bekämpfen sein. Aeußerste Ruhe, leicht verdauliche Kost, die vor allem die Nieren nicht reizen darf, wird den Wöchnerinnen anzurathen sein. Ob diese das Kind stillen darf, darüber herrscht unter den erfahrensten Autoren noch keine Einigkeit. Im Allgemeinen wird das Säugungsgeschäft wohl aufgenommen werden dürfen, wenn der allgemeine Zustand der körperlichen Kräfte keine directe Gegenanzeige bildet. Die Controlle des Urins auf eventuellen Gehalt an Eiweiß muß längere Zeit fortgesetzt werden; so lange auch nur Spuren vorhanden sind, sollen die hydrotherapeutischen Proceduren noch fortgesetzt werden.

Verschiedenes.

Die Vergiftungen in Betrieben und das Unfallversicherungsgesetz. (Deutsche med. Wochenschrift, 1900, No. 20,) Prof. L. Lewin-Berlin tritt dafür ein, daß das Unfallversicherungsgesetz auch auf die durch Vergiftungen in Betrieben herbeigeführten Schädigungen der Gesundheit Anwendung finde. Das Reichsgericht hat allerdings den Betriebsunfall dahin definirt, daß darunter ein mit dem Betriebe im Zusammenhang stehendes zeitlich bestimmtes Ereigniß zu verstehen sei, welches in seinen möglicherweise erst allmählich hervortretenden Folgen den Tod oder die Körperverletzung des Versicherten verursacht hat. Das Reichsversicherungsamt dagegen befleißigt sich einer viel weitherzigeren Auslegung, wie verschiedene neuere Entscheidungen beweisen. — Wenn infolge der einmaligen Aufnahme eines giftigen, den Organismus schwer und nachhaltig schädigenden Stoffes ein Verlust an Arbeitsfähigkeit oder der Tod eintritt, so finden allerdings die Bestimmungen des Unfallversicherungs-Gesetzes ganz ohne Weiteres auf einen solchen Fall Anwendung. Auf Personen dagegen, die mehrfach hintereinander oder in größeren zeitlichen Zwischenräumen einer Giftwirkung ausgesetzt sind und ohne einen acuten Unfall im Sinne des Gesetzes erlitten und ohne sich als unfallbetroffen alsbald gemeldet zu haben, im Laufe der Zeit nicht nur vorübergehend erkranken, sondern siech oder arbeitsunfähig werden, findet das Unfallversicherungs-Gesetz bis jetzt im Allgemeinen keine Anwendung. Es kann demgegenüber nach L. wissenschaftlich der Nachweis geführt werden, daß der Proceß der chronischen Vergiftung sich aus einzelnen Unfällen zusammensetzt, von denen jeder sich in den Rahmen des Unfallversicherungsgesetzes einfügt. Die

cumulative Wirkung eines Giftes ist nämlich nicht die Folge einer continuirlichen Einwirkung desselben, sondern die Summe einer Reihe von Einzelaufnahmen (gehäuften Unfällen), von denen jede einzelne eine erhöhte Disposition für eine energiſche Einwirkung eines zweiten und folgenden ſchafft. Will der Arbeiter nun diese Auffassung zur Geltung bringen, so hätte er nur nöthig, nach jeder Beſchäftigung, durch die er ein Quantum von Gift aufnahm, falls dadurch Störungen auftraten, die durch Aussetzen der Arbeit nicht ſchwanden, diese zur Kenntniß zu bringen, d. h. auf eine Unfallrente unter Angabe der Zeit der Giftaufnahme zu klagen. — Der Ausnahmestellung, welche die Gifte unter den gewerblichen Schädlichkeiten einnehmen, müßte also entweder eine weitere Auslegungsmöglichkeit der bestehenden Gesetze oder eine besondere gesetzliche Berücksichtigung entsprechen. Die Toxicologie sieht nach L. in der chroniſchen Vergiftung nichts anderes als den Ausdruck gehäufter Unfälle, und auf dieser Basis kann sich eine Rechtsprechung aufbauen. Lewin hofft, daß diese Anſchauungen bei künftigen Entſcheidungen Berücksichtigung finden werden.

Tod nach Leuchtgasvergiftung durch Apoplexie; Unfall. In der Aerztlichen Sachverständigen Zeitung veröffentlicht Leppmann folgenden Fall, der eine Illustration zum vorigen darstellt: Ein 57jähriger Gasarbeiter war mit dem Anſchließen von Röhren an die Hauptleitung beſchäftigt, wobei bis zur Durchführung der Dichtung erhebliche Gasmengen aus den Fugen ausströmten. Am 26. Januar 1899 hatte er z. B. einem Mitarbeiter gegenüber bemerkt, daß es „heute wieder viel Gas zu ſchlucken gab". Am 28. Januar, als infolge starker Kälte die Dichtung langsamer wie gewöhnlich gelang, fiel er plötzlich um, während er gerade ein Gasrohr einsetzte, und murmelte dabei: „wieder so viel Gas geſchluckt, es ist als ob man ganz betrunken wäre". Er mußte nach Hause gebracht werden, konnte aber, gestützt auf zwei Arbeiter gehen, doch verlor er das Bewusstsein; ein Arzt brachte ihn allmählich durch Reizmittel etc. wieder zu sich; nun zeigte sich aber die linke Seite gelähmt, die Sprache lallend. Allmähliche Besserung bis zum 19. Februar, dann plötzlicher Rückfall und Tod.

Leppmann giebt zu, dass man zwar die Möglichkeit einer spontanen Apoplexie nicht ganz ausſchließen könne, führt aber in seinem Gutachten aus: Da ſchon die Beimengung von 0,4 Proz. Kohlenoxyd zur Luft genüge, Gesundheitsstörungen hervorzurufen, so konnte das Ausströmen des Gases jedenfalls zur Vergiftung genügen. Die Krankheitserſcheinungen entsprächen aber in der That ganz dem Bilde der Kohlenoxydvergiftung. Zuerst Benommenheit und Schwindel, dann nach einiger Zeit Bewußtlosigkeit und Halbseitenlähmung als Ausdruck eines apoplektiſchen Insults. Solche apoplektiſche Lähmungen nach Kohlenoxydvergiftung treten aber besonders bei älteren Leuten auf, deren Gefäßsystem ſchon etwas brüchig geworden ist; der Rückfall sei jedenfalls eine erneute Blutung in den Erweichungsherd; der Tod hing also mit einem „einzelnen abgrenzbaren, auf verhältnißmäßig kurzem Zeitraum eingeſchlossenen Ereigniß im Betriebe zusammen".

Aluminium acetico-tartaricum, essigweinsaure Thonerde, als gutes Desinfectionsmittel. In einer kürzlich erschienenen Arbeit („Deutsche Aerzte-Zeitung" Nr. 4, 1900) berichtet Aufrecht über die desinficirende Wirkung einiger Thonerdepräparate. Das Aluminiumsulfat und der Alaun finden wegen ihrer desinfectorischen Wirksamkeit seit langer Zeit Anwendung zur Reinigung von Abwässern, während der Liquor Burowii (essigsaure Thonerde) die ausgebreiteste Verwerthung besitzt. In der Wundbehandlung hat sich derselbe gegenüber zahllosen neuempfohlenen Mitteln stets glänzend bewährt. Die Thonerdesalze besitzen nämlich neben anderen Vorzügen den nicht zu unterschätzenden Vortheil der Ungiftigkeit. Aus seinen zahlreichen Versuchen ersieht Aufrecht, daß in der essigweinsauren Thonerde die antiseptischen Eigenschaften der essigsauren Thonerde ganz bedeutend gesteigert sind. Während die Carbolsäure in ihrer bactericiden Wirkung der essigsauren Thonerde überlegen ist, wird die erstere von der essigweinsauren Thonerde wieder wesentlich übertroffen. Die Thatsache, daß durch eine Combination die Wirkung eines Arzneimittels wesentlich vergrößert wird, ist übrigens aus vielen anderen Beispielen bekannt Die Combination ist bei der essigweinsauren Thonerde insoferne noch besonders glücklich gewesen, als dieses Präparat sich gegenüber dem Liquor aluminii acetici durch absolute Haltbarkeit auszeichnet.

Ueber die Art der Anwendung des Orthoforms. Von Bardet und Blondel. Bardet hat bei zwei Ammen mit Fissuren der Brustwarze Orthoform in Pulverform angewendet mit sehr raschem Erfolge. Bei einer dritten Amme, welche eine außerordentliche Empfindlichkeit der Brustwarze ohne wahrnehmbare Fissur zeigte, blieb die dreitägige Anwendung von Arthoformpulver ohne Erfolg und erst auf Applikation des Mittels in folgender Form trat bald Anaesthie ein.

Rp. Orthorm 5,0
Aeth. sulf. q. s. ut solv.
Ol. amygd. dulc. 70,0

Nach Einpinselung dieser Lösung auf die Brustwarze stellte sich ein lebhaftes Brennen ein, das 1—2 Minuten anhielt, aber nach der Verdunstung des Aethers lagerte sich das Orthoform in allen Falten ab und brachte den Schmerz zum Schwinden. Uebt man die Vorsichtsmassregel, vor dem Stillen die Brustwarze mit 20% Alkohol abzuwaschen, um jede Spur des Orthoforms zu entfernen, so treten beim Säugling keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen auf.

Blondel hat das Orthoform in mehr als 150 Fällen von Schleimhautfissuren angewendet. Nach seinen Erfahrungen spielt der modus procedendi bei der Anwendung dieses Mittels eine große Rolle. Da das Pulver nicht mit allen Falten und versteckten Stellen der Fissuren in direkten Contakt kommt, muß man es in 40° Alkohol bis zur Saturation lösen. Man gießt von dieser Lösung 2—3 Tropfen auf die Fissur, läßt den Alkohol verdunsten und gestattet das Stillen erst nach $^1/_2$—1 Stunde. Nach dem Säugen wird die Brust gewaschen, getrocknet, in der beschriebenen Weise mit Orthoform behandelt und mit Borwasser verbunden. Nie zeigten die Säuglinge irgend welche Intoxicationserscheinungen, Diarrhöen oder andere Nachtheile.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro 7. XXXXI. Jahrgang. 25. Juli 1900.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Epidemiologie und Prophylaxis der Malaria vom neuesten ätiologischen Standpunkte aus. Die Hand in hygienischer Beziehung. — Ueber die compensatorische Behandlung der tabetischen Ataxie. — Zur Behandlung des Pes valgus. Ueber die Operation bei Gallenstein-Krankheit. Verletzungen des Sehorganes mit Kalk. — Heilung und Verhütung der Retrodeviationen der Gebärmutter im Wochenbett. Ueber Prophylaxe und Behandlung der Blutungen post partum. — Formalinalkohol gegen die Nachtschweiße der Phthisiker. Ueber Klavierspielerkrankheit.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Epidemiologie und Prophylaxis der Malaria vom neuesten ätiologischen Standpunkte aus. Von Celli. (Berliner klin. Wochenschr., 1900, No. 6 u. 7)

C. erörtert hauptsächlich das, was die italienische Gesellschaft zur Malariaforschung, besonders durch Grassi, Celli, Bastianelli, Bignami, Dionisi, Casagrandi, Santori nach Ross' fundamentaler Entdeckung über das Leben des Malariaparasiten der Vögel im Körper der Stechmücke in den $1^1/_2$ Jahren ihres Bestehens erreicht hat.

Darnach ist der Mensch der Zwischenwirth, die Stechmücke der eigentliche Wirth der Malariaparasiten. Sie vollziehen im menschlichen Blut den asexuellen Lebensschluß und bereiten die sexuellen Formen vor, während sie im Innern der Stechmücke den sexuellen Lebensschluß vollziehen, weshalb die Species der Parasiten selbst außerhalb des Menschen fortdauern kann.

Daraus geht hervor, daß der Mensch und die Stechmücke die Quellen der Malariainfection sind, die sozusagen kreisend zwischen Mensch und Stechmücke, und nach der Stechmücke wieder zum Menschen ist.

Wo Malaria herrscht, leben eine Unmenge Stechmücken, aber umgekehrt, nicht in jedem Orte, wo Unmengen Stechmücken leben, herrscht Malaria. Dies erklärt sich daraus, daß in den Malariaortschaften einige besondere Arten Stechmücken (Grassi) leben, unter denen diejenigen, die fähig sind, den specifischen Parasiten zu beherbergen und den

Menſchen zu inficiren, zur Gattung Anopheles gehören (Grassi, Bastianelli, Bagnami).

Die Arten, die um Rom leben (A. claviger s. mevulipendis, A. bifurcatus, A. superpictus und A. pseudopictus) sind alle vier gefährlich. Die gewöhnlichste darunter ist die Anopheles claviger, leicht an vier ſchwarzen Flecken auf den Flügeln erkenntlich.

Hieraus folgt, daß der Boden als Infectionsquelle nur indirect von Bedeutung ist, insofern er für das Leben und die Entwicklung der malariatragenden Stechmücke geeignet ist. Ebenso ist es mit dem Wasser. Es ist der Aufenthalt der Eier, Larven und Nymphen der Stechmücken, die malariatragend werden können.

Die Stechmücken Anopheles legen ihre Eier meistentheils an abgelegenen Orten in klares, wenig fließendes oder stehendes Wasser. Im Allgemeinen bilden die sog. Grundwässer, die an die Bodenoberfläche kommen und langsam fließen (Gräben, Canäle) und sich langsam erneuern (Seen, Teiche) das beste pabulum vitae der Anopheleslarven.

Was die Transportwege der Malariainfection betrifft, so sagt ſchon der Ausdruck Malaria, daß als solche die Luft *gilt*.

Für die Verbreitung dieser Anſchauung lassen sich folgende Sätze aufstellen:

a. Die Stunden, in der die Infectionskeime am reichlichsten in der Atmosphäre sind, sind um die Vesperzeit beim Sonnenuntergang und in der Nacht.

b. Die Keime erheben sich von engbegrenzten Herden und verbreiten sich nur in begrenzter Entfernung ebenso horizontal, wie transversal und vertical.

c. Die Winde übertragen die Keime nicht, im Gegentheil, sie vermindern ihre Zahl in der Atmosphäre.

d. Die Wälder, statt für die Malariakeime als Filter zu dienen, können gerade Infectionsherde sein.

Diese Sätze ſchließen sich eng an die neue Theorie an, daß der Malariakeim durch die Stechmücke cultivirt, übertragen und eingeimpft wird, die:

a. Tags verborgen und geſchützt leben, während sie Abends und Nachts herauskommen, um den Menſchen zu stechen.

b. Sie entfernen sich nicht viel vom Orte, wo sie geboren sind und fliegen nie sehr hoch.

c. Wenn es windig ist, kommen sie aus ihren Schlupfwinkeln nicht hervor.

d. Die ſchattigen und feuchten Wälder und im Allgemeinen die Bäume sind Stechmückennester. Die Stechmücke ist also nicht nur Quelle, sondern auch Transportweg der Malariainfection.

Die einzige Invasionspforte der Malariakeime ist die Haut,

von der aus die inficirte Stechmücke ihre Sporozoen einimpft. Eine Stechmücke kann in einer Nacht viele Menschen stechen und inficiren. Ihre Stiche sind so wenig lästig, daß die Menschen sie oft gar nicht bemerken.

Was die Prophylaxis betrifft, so ist die Isolirung des Kranken die erste Vorsichtsmaßregel, die man zu ergreifen hat, sowie die Diagnose gestellt ist. Die Isolirung kann an jedem Ort geschehen, wo es keine malariatragende Stechmücke giebt. Was die Blutdesinfection betrifft, so ist das Chinin bekanntlich das beste Desinfectionsmittel gegen Amöben und deshalb auch für die Malariaparasiten in ihrem amöboiden Stadium. Es ist deshalb besser, es nach dem Fieberanfall einzugeben, wenn die Hämosporiden in den rothen Blutkörperchen jung und amöboid sind. Unglücklicherweise nützt jedoch Chinin nicht viel gegen die parasitären Formen, die die Recidive veranlassen und gar nichts gegen die Amöben, die den sexuellen Cyclus in der Stechmücke vollziehen. Deshalb ist eine eigentliche und wirkliche Blutsterilisation schwer zu bewirken. Man muß beim Infectionsbeginn Chinin in großen Dosen, z. B. 2 g, dann mehrere Tage hindurch täglich 1 g geben und dann in Zwischenräumen von 5—6—7 Tagen.

Desinfection der malariatragenden Stechmücken. Die practische Aufgabe ist, die Larven im Wasser und die Stechmücken in der Luft zu zerstören. Auf jedem Fall sollte man besonders im Winter die Stechmücken, die dann in den Häusern der Menschen oder anderswo angesammelt sind, so viel wie möglich tödten. Auf jede Todte im Frühling kommen 200 Millionen ungefähr weniger im folgenden Jahre, wenn sie viermal Eier, 20 Milliarden, wenn sie, was oft vorkommt, fünfmal Eier legen. Ein ausgezeichnetes prophylactisches Mittel ist die Zerstörung der in den Häusern angesammelten Stechmücken natürlich auch in den Malariamonaten.

Um die Invasion der Malariakeime in den Organismus zu verhindern, giebt es viele Vorsichtsmaßregeln, wozu in erster Linie gehört, daß man nicht im Freien schläft, Abends, Nachts und in den ersten Morgenstunden im Hause bleibt. Wer die Nacht im Freien verbringen muß, soll sich über Gesicht und Hals einen Schleier binden und sich Handschuhe anziehen. Fenster und Thüren müssen mit feinmaschigen Netzen bespannt werden, um das Bett herum Mosquitonetze, wo Electricität vorhanden ist, electrische Ventilatoren. Weiter können die Stechmücken durch chemische Schutzmittel, wie mosquitofeindliche Gerüche (Terpentinöl, Jodoform, Menthol etc.), ferngehalten werden.

Um die locale Disposition zu verbessern, müssen sowohl Grundwasser, als die Wasser der oberen Bodenschichten (wie Flüsse, Seen, Teiche) regulirt werden. Die Hauptsache

bei den Assanirungen malariaverseuchter Orte ist, keine Möglichkeit zu lassen, daß Eier, Larven und Nymphen der Stechmücken leben können. Thatsächlich sind die besten hydraulischen Assanirungen der Transport gesunder Erde und die Drainage des Grundwassers, so werden Eiern, Larven und Nymphen zur selben Zeit Wasser und Luft entzogen.

Nachdem neuerdings durch Robert Koch, Celli u. a. nachgewiesen ist, daß der Malariakeim durch Moskitos aus Sümpfen, Wasserlachen und anderen stagnirenden Gewässern, worin sich bekanntlich die Moskitos während ihres Larvenzustandes aufhalten, auf die Menschen übertragen wird, hat man u. a. den ganz undurchführbaren Vorschlag gemacht, alle in der Nähe menschlicher Wohnungen befindlichen Wasserlachen u. s. w. in den Malariagegenden durch Ableiten zu entfernen. Es erscheint daher zweckmässig, darauf hinzuweisen, daß schon eine ganz dünne Ueberdeckung der Sümpfe, Cloaken, Jauchegruben, Wasserlachen u. s. w. mit Saprol genügt, um die darin in ungeheuren Mengen lebenden Insektenlarven zu tödten und dadurch nicht nur die Uebertragung der Malaria- und anderer Krankheitskeime unmöglich zu machen, sondern überhaupt die Moskito-, Schnaken- und Mückenplage zu vermindern. Als z. B. im Jahre 1896 die Schnakenplage in Stuttgart zur Kalamität geworden war, hat der Vorstand des dortigen städtischen chemischen Laboratoriums, Herr Dr. A. Bujard, in einer aus diesem Anlaß einberufenen öffentlichen Versammlung empfohlen, nicht nur die Abort- und Jauchegruben, sondern auch die für den Fall eines Brandes in den öffentlichen Gebäuden aufgestellten Wasserständer, sowie die Regenwasserfässer, Wasserlachen etc. mit einer dünnen Saproldecke zu überschichten, um die in diesen Behältern zu Tausenden lebenden Schnaken- und anderen Insektenlarven zu tödten. Die Saproldecke wirkt hierbei nicht direkt im physiologischen Sinne als Gift, sondern im wesentlichen als mechanisches Mittel, indem sie den an der Oberfläche der Wässer lebenden und auf die Luftentnahme aus der Atmosphäre angewiesenen Insektenlarven die Athemluft abschneidet, worauf dieselben zu Grunde gehen. In der That wird viel zu wenig beachtet, daß in den stagnirenden Gewässern, Jauchegruben, Abortgruben u. s. w. während der wärmeren Jahreszeit Milliarden von Insektenlarven zur Entwicklung gelangen, welche hernach Mensch und Vieh, Haus und Stall befallen, sofern sie nicht zuvor durch Ueberschichtung der fraglichen Wässer mit Saprol unschädlich gemacht werden. Zur Vernichtung der Insektenlarven eignen sich die sämmtlichen Saprolsorten. Jedoch wird neuerdings für diejenigen Fälle, wo man die gewöhnlichen Saprolsorten ihres kräftigen Theer-

geruchs wegen nicht verwenden will, z. B. zur Anwendung im Innern von Gebäuden etc., ein besonderes Präparat hergestellt und als Saprol gegen Mücken und Malaria bezeichnet. Dasselbe ist frei von Theerprodukten, schwimmt auf wässerigen Flüssigkeiten, riecht angenehm und enthält gewisse Mengen Eucalyptol.

Die Hand in hygienischer Beziehung. In No. 2 und 3 der „Gesundheit" ist ein Vortrag veröffentlicht, den Medicinalrath Bornträger in Danzig über „die Hand in hygienischer Beziehung" gehalten, und in dem er diesen Gegenstand auf so eigenartige Weise, mit so köstlichen, den Kern der Sache treffenden Worten und aus dem Leben gegriffenen Augenblicksbildern und Vergleichen behandelt hat, daß wir es uns nicht versagen können, im folgenden eine kleine Blüthenlese aus diesem Strausse auch unseren Lesern vorzusetzen. Nachdem B. zuerst die Frage aufgeworfen, welche Rolle die Hand bei der Entstehung und Verbreitung von Krankheiten spielt, und was zur Vermeidung dieser Gefahr zu geschehen habe, zeigt er an zahlreichen Beispielen, daß die letztere in der That von sehr erheblicher Bedeutung ist. Mit Recht bemerkt er in diesem Zusammenhange: Nun ist die Welt von Bakterien aller Art erfüllt, wir finden sie in der Luft, in der Erde und im Wasser, an und in allen Gegenständen, in allen Breiten. Auch in und an unserem Körper sind sie naturgemäß zu Millionen, auch auf unserer Haut und insbesondere auch an unseren Händen. Diese treue Dienerin, die alles anfassen muß, Reines und Unreines, mittels deren wir mit der Außenwelt und mit den von Bakterien wimmelnden Gegenständen um uns am meisten in direkte Berührung treten, und die auch unseren eigenen bakteriengepflasterten Körper überall anfasst, dann unser Essen vermittelt — sie ist natürlich einer fortgesetzten Aufnahme und Abgabe von Bakterien am meisten ausgesetzt. Jeder Handschlag, jedes Schreiben, jedes Arbeiten, jedes An- oder Ausziehen von Handschuhen, jedes Antasten eines Kleidungsstückes, eines Körpers, jedes Essen und Trinken, jedes Anfassen, Ergreifen, Berühren, ja schließlich fast jede Bewegung der Hand überhaupt bedeutet einen Austausch von Bakterien: die Hand erhält deren von dem berührten Gegenstande und giebt dafür einige andere ab; sie belädt sich überall mit Bakterien und bringt diese auch an unsere Nahrungs- und Genußmittel (einschließlich der Cigarren), an unsere Lippen, Mund, Bart, Augen, Nase, Ohren, Körperhaut u. s. w.; und wer seine Nase nicht blos als profilbildenden Vorsprung oder Taschentuchnutzer, sondern als wirkliches Riechorgan schätzt, kann leicht konstatiren, wie sich der Geruch der Innenflächen der Hand sehr schnell nach jedem

Anfassen ſcheinbar geruchloser Gegenstände umändert, als Ausdruck des stattgehabten Partikelaustauſches, lange ehe das spähende Auge eine Schmutznuancirung entdeckt. Diesen theorethiſchen Erwägungen entsprechen die Thatsachen.“ Um nun die Ansicht, daß die Uebertragung von Infektionskrankheiten durch Vermittelung der Hände etwas sehr häufiges sei, weit öfter vorkomme, als im allgemeinen gelehrt wird, zu bekräftigen, führt er weiter aus „Und wer dieser Anſchauung skeptiſch gegenübersteht, der betrachte nur die Gewohnheiten seiner Mitmenſchen; es ist das nicht ästhetiſch, aber hygieniſch lehrreich. Wie viele Angehörige der ersten Geſellſchaftsklassen verfügen wohl über stets saubere Hände einſchließlich der Unternagelräume?“ Das Schwarze unter dem Nagel ist ja ein sprichwörtlich geheiligtes Zubehör unseres Körpers!“ Wie viele seifen sich regelmäßig die Hände, sowie sie vom Abort kommen? bevor sie etwas genießen? Wie viele Hausfrauen säubern sich gründlichst Hände nebst Nägeln, ehe sie Speisen zubereiten? Wie mancher „gemüthliche Junge“ reicht einem die Hand zum Abſchied, nachdem er eben defäcirt oder sein Wasser abgeſchlagen oder sich in der Nase gebohrt oder eine Hautunreinlichkeit aufgequetſcht oder sich an den unmöglichsten Stellen seines Leibes gekratzt oder sein feuchtes Schnupftuch zusammengedreht hat, und ist höchst verblüfft, wenn man ihn zunächst Waſchwasser anbietet. Jüngst fuhr ich einige Stunden auf der Eisenbahn und konnte folgende Bemerkungen machen: ein Passagier vertrieb sich die Zeit damit, in seiner Nase nach Schätzen zu suchen und wiſchte gelegentlich den arbeitsfrohen Zeigefinger am Sitzpolster ab; ein anderer betrieb bei sich ein gleiches Geſchäft und fuhr sich plötzlich mit dem thätigen Finger in den Mund, um einen Ueberbleibsel vom letzten Essen zu erjagen; und ein dritter begann wiederum mit der Mundreinigung, um dann mit demselben Finger seine Augen auszuwiſchen. Und alles waren Leute 2. Klasse, d. h. Eisenbahnklasse!

Ein alter General amüsirte sich kürzlich mir gegenüber über einen ehemaligen Militärarzt, der bei der Aushebung der Rekruten zunächst den bekannten Griff nach dem etwaigen Leistenbruch mit den Worten „Husten Sie mal“ zu machen, dann dem Manne die unteren Augenlider herabzuziehen pflegte und ſchließlich mit den bereits mehrfach verwendeten Fingern in den Mund fuhr, um die Zunge herabzudrücken, und diese Reihenfolge der Untersuchungen beibehielt, natürlich ohne sich zwiſchen den einzelnen Pas die Hände zu seifen. Und von einem — natürlich verstorbenen — Hausarzte wußte eine Familie zu erzählen, daß er einmal einem Mitgliede der Familie die Zehen betastete, dann einem anderen mit den noch nicht gewaſchenen Fingern in den

Mund fahren wollte und auf die Aufforderung, sich doch erst zu reinigen, erklärte: da hätte er viel zu thun, wenn er das jedes Mal solle! Und wer gewohnt ist, sog. römisch-irische Schwitzbäder zu nehmen, kann manche weitere Beobachtung über die Perversität der Reihenfolge im Betasten von Körpergegenden machen.

Dann sehe man sich das Gebahren und die Hände derjenigen an, welche das, was wir in den Mund nehmen sollen, herstellen, zubereiten, sammeln, vertheilen und verkaufen, als Konditoren, Bäcker, Fleischer, Apotheker, Drogisten, Materialisten, Kolonialwaarenhändler, Delikatesshändler, Cigarrenhändler, Käser, Meier, Kellner, Obsthändler, Marktweiber, Beerensammler u. s. w. Wie unappetitlich oft, wie gefährlich! Die Hände vertheilen die Zuckerwaaren, werden klebrig und daher so recht geeignet, Unreinlichkeiten anzunehmen, dann wechseln sie das schmutzige Geld, dann benutzen sie das unsaubere Taschentuch, um nun wieder Zuckerwaaren anzufassen. Mit den Händen wird der Aufschnitt aufs Papier gelegt, ja, neulich mir sogar „Jus" zugetheilt, und als ich hierüber der Verkäuferin eine Bemerkung machte, erhielt ich die höchst entrüstete Antwort, sie habe in den feinsten Geschäften gelernt! Glaubs gern! Zierlich mit 2 Fingerspitzen wird der Käseschnitt an den Schnittflächen angefasst, oft ohne Papier auf die Waage gelegt und so auch herabgenommen; dann werden die Finger mit Speichel angefeuchtet, um das Einwickelpapier loszulösen, und die noch feuchten wieder an einen neuen Käseschnitt gebracht. Und alle diese Verkäufer sind doch auch Menschen mit menschlichem Körper und menschlichen Bedürfnissen; wie mögen die Finger, von dem oft vorhandenen Nagelschwarz abgesehen, mikroskopisch nur aussehen, wenn sie ohne Waschgeräth einen ganzen oder einen alten Fünfmarkschein, dann das gebrauchte Taschentuch, dann eine Klosetthürklinke, dann wieder Zuckerwaaren u. s. f. angefaßt haben. Wehe dem letzten Zuckerwaarenkäufer!

Und nicht besser sind oft die Käufer selbst. Mit allenfalls reinen Händen ergreift die Hausfrau — man braucht keineswegs an Proletariat zu denken — den Mantel, Hut, zieht dann die Gummischuhe noch an, berührt Treppengeländer, Sonnenschirm, Menschenhände mit ihren Händen, streichelt den Hund der Freundin; in der Markthalle werden nun einige Fische angefaßt, dann ein Finger probirweise in verschiedene Fleischstücke gedrückt, die Butter mit dem Fingernagel geritzt, auch die Käseschnittflächen, Gemüse betastet; und wenn dann zum Schluß noch Obst oder beim Bäcker mehrere Kuchenstücke aufgehoben und wieder zurückgelegt werden, so dürften sich diese bei dieser Lokomotion nicht verbessert haben; geschieht ihnen das nun mehrere Male hintereinander, so wird die Sache noch schlimmer.

Die unmöglichsten Verkaufshände haben die Materialistenjünglinge; Nagelreinigung erfolgt kaum Sonntags, Alltags aber werden Esswaaren und andere Waaren tausenderlei Dinge durcheinander mit den Händen angefaßt, ohne daß eine Waschgelegenheit oder ein Handtuch vorhanden wäre: ist letzteres aber mal da, so hat es seinen Beruf verfehlt oder bereits überreichlich erfüllt; denn es ist so schmutzig, daß es wohl reine Hände unsauber machen, aber nicht umgekehrtes leisten kann. Die Hände der Jünglinge aber stellen ein Gemisch aller Farben dar, das ob seiner Unreinheit leider nicht das komplementäre Weiß des Sonnenlichtes, sondern ein fleckiges Rothgrau als Gesammtfarbe ergiebt. Und mit solchen Händen fuhr ein Jüngling buchstäblich unlängst direkt in zusammengebackene, getrocknete Aprikosen, nachdem er mit ihnen eben Seife abgetheilt und sie dann über ein schwarzes Handtuch hatte gleiten lassen. Brrr!

Und wie geht es erst auf dem Lande zu! Gemolken wird vielfach, ehe man sich gewaschen hat, das Abrahmen der sauren Milch für die Butterung frühmorgens direkt nach dem Aufstehen mit dem Zeigefinger besorgt, zum Mindesten der Rand des Rahmes mit dem Fingernagel losgelöst. Und mit was für Fingern und Nägeln! Wo es Taschentücher nicht giebt, das Mistwerfen eine Hauptrolle spielt, das Arbeitszeug Jahre lang getragen wird, an dem die Hände gelegentlich abgerieben werden, wo Vieh und Unreines fortgesetzt angefaßt wird, wo der Kuhdung für so rein gehalten wird, daß man ihn mit den Händen einsammelt, ihn, wie hier zu Lande, der verblutenden Wöchnerin auf den Bauch packt, ja, wo man Manneskoth gelegentlich auf die eiternde Brustdrüse legt!"

B. giebt dann eine Reihe von Lehren und Vorschriften, um diesen Uebelständen zu begegnen, und schließt mit den Worten:

„Also Reinlichkeit, das A und Z aller Hygiene und Kultur!"

Wie sagt doch Lotze? „Der Trieb der Reinlichkeit bezeichnet überall den Anfang der Kultur; unerträglich wird der Schmutz nur den Kulturvölkern"! Und Liebig: „Der Seifenverbrauch ist ein Maß der Kultur des Volkes".

Wehe uns, wenn sie Recht haben! Denn uns ist im allgemeinen der Schmutz noch keineswegs unerträglich; im Gegentheil, mit dem ironischen „dem Reinen ist alles rein" trösten wir uns über eigene und fremde Unreinlichkeit hinweg. Und so fehlt uns auch noch das Fundament jeder gesunden privaten Hygiene. Gesundheitspflege, dein Name ist Seife — könnte man variiren. Mehr Seife, zumal an die Hände, und die Menge der ansteckenden Krankheiten wird sich rapide mindern.

Unsere Industriellen, Hausfrauen, jungen Mädchen und Bazararrangirer sind so erfinderiſch in allen möglichen nützlichen und ästhetiſchen Sinnsprüchen: „Schmücke dein Heim!“ lautet eine Annonce für Diaphanien. „Nur ein Viertelstündchen!“ lockt das Sophakissen. „Bete und arbeite!“ strahlt in der Werkstatt. „Jede Verunreinigung mit Cigarrenaſche ist verboten!“ Die „Hausfrau“ mahnt der Aſchbecher. Wo aber findet sich ein Waſchtiſch, der etwa die Aufſchrift trüge: „Bleibe bei mir, Max“ oder: „Nur zwei Minuten“ oder: „Gehe nicht so stolz vorüber“? Wo ein Tafelläufer oder eine Kinderstube mit dem Aufruf: „Nie zur Nahrung greifen, ohne Händeseifen“? Wo ein Fruchtſchalendeckchen oder eine Bonbonniere mit dem Sinnspruche: „Erst waſchen, dann naſchen“!

Es giebt so viele berufene und unberufene Vertreter der Hygiene: hier ist ein Feld, wo jeder mitwirken und viel Gutes stiften kann. „Der Reine hält alles rein“ — das sei die Losung!

II. Medicin.

Ueber die compensatorische Behandlung der tabetischen Ataxie. Von Dr. R. Bálint (Int. Klinik des Prof. Korányi). — Die Ataxie bildet das Hauptsymtom, ja wir können sagen, das quälendste Symptom der Tabes; sie bessert sich, wenn sie sich einmal ausgebildet, von selbst nicht, vielmehr macht sie den Kranken vollkommen arbeitsunfähig und zwingt ihn das Bett zu hüten.

Wenn wir also die Ataxie bessern könnten und so den Kranken wieder arbeitsfähig gemacht haben, haben wir ihn wenigstens eine Zeit lang von seiner Krankheit befreit.

An den ataktiſchen Störungen der Tabiker nun zu helfen, ist die Frenkel'ſche compensatoriſche Therapie berufen. Das Wesen des ganzen Verfahrens besteht darin, daß der Kranke alle jene Bewegungen, die er nothwendig hat und deren Gesammtincordination das Hauptsymptom seiner Leiden ist, von neuem einübt und sich eigen macht: er lernt von Neuem stehen und gehen.

Der Kranke beginnt die Uebungen mit der prompten Erlernung der ganz einfachen Bewegungen (Beugen und Strecken der Füße etc.), geht dann langsam zu complicirteren über (Aufstehen, Aufsitzen, Gehen längs einer gezogenen Linie), um endlich die ſchwersten Körperbewegungen (Drehen etc.) einzuüben.

Aehnlich geht Frenkel bei Behandlung der Ataxie der Hände vor; hier jedoch, wo eine feinere Combination der

Muskeln erfordert wird, müssen die eingeübten Bewegungen prompter, exacter sein als bei Uebung mit den Füßen. Um dies zu erreichen, hat nun Frenkel verschiedene Apparate construirt, deren Zahl noch leicht vermehrt werden kann.

Daneben empfiehlt aber Frenkel noch Handarbeit, erlaubt nicht, daß der Kranke von andern angezogen werde, empfiehlt ferner anstatt mit Blei mit Tinte zu schreiben, kurz alles, was zur Beförderung der Geschicklichkeit der Hände dient, soll gemacht werden.

Die Methode Frenkel's wurde bald an den meisten Kliniken erprobt, wobei natürlich manche das Verfahren modificirten. So unter anderen Jacob und Goldscheider, die zur Uebung der Hände und Füße Apparate empfehlen und zwar deßhalb, weil die auf den Kranken ausgeübte psychische Wirkung so größer ist, und weil der Kranke so im Stande ist, selbst seinen Fortschritt zu beurtheilen. Die von ihnen construirten Apparate dienen zur Besserung der Ataxie sowohl der unteren als der oberen Extremitäten.

Zugleich mit der compensatorischen Therapie dürfen andere Heilmethoden nicht benützt werden, so Heilgymnastik, Hydrotherapie etc. Sehr empfehlenswerth ist jedoch nach den Uebungen systematische Massage.

Diese Frenkel'sche Methode hat sich nun fast ohne Ausnahme als sehr gut bewährt. Betont muß jedoch werden, daß die Uebungen stets in Gegenwart des Arztes gemacht werden müssen, besonders deßhalb, damit die Kranken nicht überaus ermüden, umsomehr, da in einem gewissen Stadium der Tabes das Ermüdungsgefühl fehlt, was zur Ueberanstrengung der Muskulatur führen könnte.

Die Frenkel'sche Therapie kann in jedem Stadium der Tabes durchgeführt werden, natürlich streng individualisirt. Ausnahme bildet nur jene Zeit, wo die Ataxie in vehementer Ausbildung ist; hier schadet sie nur. Indeß angewendet kann sie werden selbst im sog. paralytischen Stadium, ja nach Frenkel sogar im praeataktischen Stadium, wodurch eventuell die ausbrechende Ataxie hintangehalten werden könne.

Da die Therapie eine psychische ist, ist die erste Bedingung der guten Prognose: Normale psychische Function; denn nur dort, wo der Kranke mit großer Energie, Aufmerksamkeit, starkem Willen die Uebungen macht, kann man guten Erfolg erhoffen. Das zweite, was nothwendig ist, ist: Gutes Sehen. Der Kranke sucht nämlich jenen in seiner Gefühlssphäre eingetretenen Defect, wodurch die Incoordination der Muskelcontractionen verursacht wird, größtentheils durch das Auge zu ersetzen; ist doch bekannt, daß die Tabetiker fortwährend ihre Bewegungen mit ihren Augen verfolgen und ihre Ataxie, sobald sie ihre Augen

schließen, mächtig sich steigert. Der Kranke controllirt bei den Uebungen noch besser und intensiver mit seinen Augen, und wenn das Auge des Kranken nicht gut ist, entfällt die wichtigste und mächtigste Waffe, die an dem Erfolge der Cur mitkämpft.

Wenn nun alle diese Bedingungen da sind, zu denen noch das Vorhandensein gehöriger Kraft Seitens des Kranken und das Fehlen von Muskelhypotonie hinzukommt, so ist fast mit Sicherheit zu rechnen, daß der Kranke sein Selbstvertrauen zurückgewinnt, daß er gehen und stehen lernt, ja — was das interessante ist, das Romberg'sche Symptom entwickelt sich zurück oder wird wenigstens stark reducirt.

B. hat nun an tabischen Kranken diese Methode probirt und sie in den verschiedensten Stadien der Tabes angewendet. Er kam dabei zu der Erfahrung, daß zwar die Uebungen ohne Apparate ganz gut gemacht werden können, giebt jedoch den Apparaten einigen Vorzug. (Suggestion, präcisere Bewegungen etc.)

Während der Uebung compensirt — wie wir schon gesagt — der Kranke seinen geschwächten Gefühlssinn mittelst der Augen; er sieht auf seine Füße und so controllirt er deren Bewegungen. Dieser auf die Füße gerichtete Blick verleiht dem Gange eine gewisse Unnatürlichkeit, selbst dann, wenn die Bewegungen schon ganz normal sind.

Wir können, ja müssen hiervon den Kranken abgewöhnen und zwar dadurch, daß wir sein peripherisches Sehen stärker in Anspruch nehmen und ausbilden.

Die kürzeste Zeit, während welcher gute Erfolge an der Klinik gesehen wurden, betrug 5—6 Wochen, während anderseits viele Monate nöthig sind. Die Uebungen wurden täglich gemacht und zwar machte der Kranke im Bette die kleinen Uebungen und Vorm. resp. Nachm. unter ärztlicher Aufsicht die größeren. Später war es genügend, den Kranken nur einmal im Tage zu controliren; auch in der Privatpraxis dürfte es genügen, den Kranken nur einmal im Tage üben zu lassen.

So vorgehend wurden an der Klinik die schönsten Erfolge erzielt, die selbst bei hochgradiger Ataxie verblüffend waren. Kranke, die vorher auf 2 Stecken gestützt schwer gingen, und bei geschlossenen Augen zusammenfielen, gingen nach den Uebungen ohne Stütze, ja selbst mit geschlossenen Augen sicher ihren Weg.

Sehr auffallend waren auch die Erfolge bei solchen, die in einem sehr vorgeschrittenen Stadium der Ataxie im sog. pseudoparalytischen Stadium waren; sie konnten von Neuem auf ihren Füßen stehen und auch auf längere Zeit gehen.

Schlechten Erfolg, nämlich Verschlechterung der Ataxie und Complicationen wurden nie beobachtet.

(Ungar. Medicin. Presse.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Zur Behandlung des Pes valgus. Von Dr. A. Hoffa. H. hebt hervor, daß von dem eigentlichen Plattfuß der Pes valgus im engeren Sinne zu trennen ist. Dieser, der auch als Pes abductus oder pronatus oder Knickfuß bezeichnet werden kann, ist eine Vorstufe des wirklichen Plattfußes, er kann aber auch dauernd für sich bestehen bleiben und bereitet seinem Träger heftige Schmerzen. In unbelastetem Zustand hat der Knickfuß völlig normale Formen, namentlich ist die Fußwölbung völlig erhalten. Im belasteten Zustande kann die Fußwölbung zwar noch erhalten sein, der Fuß aber wird in starker Pronationsstellung aufgesetzt, indem der ganze Vorderfuß stark abducirt steht und der Malleolus internus stark nach innen vorspringt; letzterer rückt dabei auch nach unten, während der Malleolus externus nur etwas nach vorn steht. H. nennt die Abnormität Knickfuß erst dann, wenn bei der Betrachtung des belasteten Fußes von vorneher der Fuß unterhalb des inneren Knöchels wie abgeknickt erscheint. Zieht man eine Linie über den Fußrücken von der Spitze des Mal. ext. zur Spitze des Mal. int. und von der Mitte dieser Linie eine Linie durch den dritten Metatarsus zur dritten Zehe, so bilden diese beiden Linien normaler Weise einen rechten Winkel; beim belasteten Pes valgus ist dieser Winkel bedeutend kleiner nach der Außenseite des Fußes hin. In noch genauerer Weise haben die Amerikaner Lovett und Cotton den Pronationswinkel gemessen. Die Pedes valgi machen ihren Trägern oft sehr erhebliche Beschwerden. Die Patienten ermüden sehr bald beim Stehen und Gehen und haben Schmerzen, die an die verschiedensten Stellen des Fußes, in die Ferse, die Fußsohle, an die für den Plattfuß typischen Schmerzpunkte und nicht selten vorn an die Basis der Zehen verlegt werden. Ein großer Theil der Patienten, bei denen die Diagnose auf Metatarasalgia anterior (Morton's Disease) gestellt wird, leiden an einem einfachen Pes valgus. Ursache des Leidens ist fast stets schlechtes Schuhwerk; bald tritt auch eine Schwäche der Unterschenkelmuskeln ein. Sicher besteht auch eine gewisse Schlaffheit in den Ligamenten, aber noch keine Veränderung in den Knochen. Am meisten hat sicher der M. tibialis posticus gelitten, er wird nicht nur schwächer, sondern er befindet sich auch bald in

einem Zustand passiver Dehnung. Gelänge es, diese passive Dehnung des M. tibialis posticus zu beseitigen, so wäre damit sicher auch der Pes valgus behoben. In der That gelang es H. in einem Falle, durch operative Verkürzung des M. tibialis eine völlige Heilung des Pes valgus herbeizuführen. Was die sonstige Therapie des Pes valgus anlangt, so ist vor allen Dingen nach H. dafür zu sorgen, daß die betreffenden Patienten rationell gebaute Schuhe erhalten. Der normale Schuh muß so gebaut sein, daß der Fuß auch wirklich in ihm Platz hat. Er soll an der Innenseite am längsten und es soll das Oberleder nicht über einem symmetrischen Leisten gearbeitet werden, sondern über einem Leisten, der einem normalen Fuß wirklich entspricht, der also seine größte Höhe am inneren Fußrand hat Der Absatz soll dabei niedrig und breit gebaut sein. Wer von Jugend auf solche richtig gebauten Schuhe und Stiefel trägt, ist sicher geschützt vor dem Auftreten des Pes valgus. Ist dieser aber schon vorhanden, so muß man unrationelle Schuhe sofort beseitigen und dem Patienten normale Schuhe anfertigen lassen. In hochgradigeren Fällen ist es sogar zweckmäßig, schon durch den Schuh eine Uebercorrectur vorzunehmen. Dazu eignet sich am besten der Beely'sche Plattfußschuh. Bei diesem ist der Absatz an der inneren Seite erhöht und gleichzeitig nach innen und vorne verbreitert. Ist schon größere Neigung zur Plattfußbildung vorhanden, so muß in den Schuh noch eine Plattfußeinlage eingefügt werden. Wird der Fuß durch diese einfacheren Mittel nicht in richtiger Stellung erhalten, so muß man seine Zuflucht zu einem kleinem Schienenapparat nehmen, einer Plattfußsohle, die mit einer inneren und einer äußeren Schiene versehen ist; der Apparat wird in den Schuh eingelegt und mit dem Schuh angezogen. Die Schienen werden oben am Unterschenkel festgeschnallt. Daneben ist Massage und Gymnastik wie beim Plattfuß anzuwenden. Die geschilderte Behandlung giebt im allgemeinen befriedigende Dauerresultate, allerdings nimmt sie ziemlich lange Zeit in Anspruch; auch ist die Gefahr eines Recidivs immer vorhanden. Aus diesem Grunde nahm eben H. die oben erwähnte operative Behandlung des Leidens mittels Verkürzung der Sehne des M. tibialis posticus auf und erzielte damit in dem einen bis jetzt so behandelten Falle (12jähriger Knabe) einen vollen Erfolg. Die Technik der Operation ist folgende: Durch einen $2^1/_2$ Centim. langen Schnitt wird die Sehne des M. tibialis posticus unterhalb des Mall. int. aufgesucht. Die Sehne wird hervorgeholt, zwischen zwei Schiebern durchschnitten, die Enden bei möglichster Uebercorrectur des Fußes möglichst stark aneinander vorbeigeschoben und in ihrer neuen Stellung untereinander mit Seidennähten fest

vernäht. In dem Fall H.'s wurde so eine Verkürzung von 3 Centim. erzielt. Der Fuß wurde so in gute Adductionsstellung gebracht. Naht der Hautwunde mit drei Seidennähten. Keine Drainage. Aseptiſcher Verband; Gypsverband in adducirter Stellung des Fußes. Es trat völlig primäre Heilung ein; der Gypsverband wurde nach einem Monat entfernt. Dann bekam der Patient für zwei Monate die oben erwähnte Doppelſchiene; endlich eine einfache Einlage. Nach sechs Monaten stand der Fuß in völlig normaler Stellung.

(Münch. med. Wochenſchr. 1900, 15.)

Ueber die Operation bei Gallensteinkrankheit. „Ehe die Operation als einzig sicheres Mittel zur Heilung der Gallensteinkrankheit den Kranken allgemein empfohlen werden kann, muß erst festgestellt werden, wie weit sie wirklich sichere Heilung garantirt. Um das zu entſcheiden, sind noch weitere Erhebungen über die Häufigkeit von Recidiven nach Frühoperation bei Cholelithiasis nöthig." So sprach sich Naunyn seinerzeit in seinem Referat über dieses Thema, auf der Naturforſcherversammlung in Düsseldorf aus. („Ueber die Vorgänge bei der Cholelithiasis, welche die Indication zur Operation entſcheiden." Mittheil. aus d. Grenzgeb. der Medic. und Chirur. 1898, Bd. IV). Auf diese Fragestellung des Internisten antwortet nunmehr wieder einer der ersten Fürsprecher für die chirurgiſche Behandlung dieser Krankheit, Prof. Kehr in Halberstadt und zwar in noch etwas allgemeinerer Fassung: „Wie verhält es sich mit den Recidiven nach unseren Gallensteinoperationen?" In anerkennenswerther Weise sucht er sich dabei auch über die Mißerfolge seiner großen Statistik nicht hinwegzutäuſchen, sondern vielmehr, wie er sagt, dem Billrothſchen Wort die Ehre zu geben: „die unbedingte Wahrhaftigkeit gegen sich selbst und andere ist die Grundlage, auf welcher die Statistik beruht". Wie umfangreich seine eigenen Erfahrungen auf diesem Gebiet sind, geht daraus hervor, daß er im Augenblick seiner Niederſchrift gerade 500 Gallensteinoperationen ausgeführt hat. Ueber 168 Operirte, bei denen die Cystotomie resp. Cysticotomie, 72 bei denen die Cystectomie und 62, bei denen die Choledochotomie ausgeführt wurde, wird genau berichtet. Kranke, bei denen gleichzeitig noch Operationen an anderen Organen vorgenommen wurden, oder deren Leiden durch ein Carcinom complicirt war, bleiben unberücksichtigt. Somit legt K. also eine Statistik über 302 in den letzten 10 Jahren von ihm wegen Gallensteinen Operirte vor.

Er unterſcheidet nun zwiſchen echten und unechten Recidiven, indem er zu ersteren jene Fälle zählt, in denen

es nach vollständiger Säuberung der Gallenblase und der Gallengänge von Concrementen wieder zu einer Neubildung von Steinen gekommen war, während er unter den unechten Recidiven alle jene Beschwerden versteht, die durch absichtlich oder unabsichtlich zurückgelassene Steine, erneute Entzündung der Gallenblase, Bildung von Adhäsionen, Entstehung von Hernieen hervorgerufen werden.

Echte Recidive hat K. überhaupt nicht beobachtet.

In Fällen, wo wegen erneuter Beschwerden der Glaube an wiedergewachsene Steine wach wurde und der Kranke einer zweiten Laparatomie unterworfen wurde, fanden sich keine Steine, sondern entzündliche Prozesse in der Gallenblase, Abknickung des Cysticus durch Verwachsungen etc.

Bezüglich „der unechten Recidive" ergeben seine Zahlen folgendes: 19mal sind im Ganzen Steine bei 491 Gallensteinlaparatomieen zurückgelassen worden, = 4%, und zwar nach 202 Cystotomieen 11 mal = 5,5%, nach 104 Cystectomieen = 1 mal = 1%, nach 81 Choledochotomieen 7 mal = 8,5 %. Bei mehr als 30 Hepaticusdrainagen ist es stets gelungen, alle Steine zu entfernen. Einmal aus diesen Gründen und weiterhin, weil sich nach der Cystotomie auch leichter entzündliche Processe in der durch Adhäsionen immobilisirten Gallenblase etabliren, sieht sich K. veranlaßt, von der Cystotomie, der er früher stets das Wort geredet hat, zur Cystectomie überzugehen.

Hernieenbildung als Folge der Operation hat er bei seinen 302 Fällen im Ganzen 21 mal = 7% gesehen.

Der größte Theil der Beschwerden nach der Gallensteinoperation ist durch Adhäsionen verursacht und zwar hat er solche in 33 Fällen = 11% beobachtet, und zwar in überwiegendem Procentsatz nach der Cystotomie. Sie finden sich zwischen der Gallenblase und dem Netz, dem Duodenum resp. Pylorus, oder endlich dem Colon, und sind gekennzeichnet durch Appetitlosigkeit, Aufstossen, Uebelkeit, Durchfall, unter Umständen sogar ileus-ähnliche Beschwerden. Häufig hat der Operirte in Folge seiner Pylorusadhäsionen unter fortwährenden Schmerzen nach dem Essen oder vor der Stuhlentleerung in Folge von Colonadhäsionen zu leiden. — Die Zahl dieser von K. selbst zugestandenen „unechten" Recidive für 15% der Fälle sind also gar nicht unbeträchtlich und er macht sich auch selbst ganz mit Recht den Einwurf: „so gerechtfertigt in der Theorie die Unterscheidung von echten und unechten Recidiven ist, so wenig Werth hat eine solche in der Praxis, der Kranke hat nur den einen Wunsch, niemals wieder Schmerzen zu bekommen. Ihm ist es ganz gleichgültig, ob die nach der Operation eintretenden Beschwerden auf neu gebildeten oder zurückgelassen Steinen, auf Adhäsionen oder Hernieen beruhen."

Es läßt sich auch nicht leugnen, daß ein derartiges Verlangen der Patienten sehr wohl als berechtigt anzuerkennen ist. K. trägt dem insofern Rechnung, als er zugesteht, längst eingesehen zu haben, daß die Empfehlung der frühzeitigen Operation, obwohl sie in der Theorie die einzig richtige Therapie der Cholelithiasis sei, deshalb keinen rechten Zweck habe und daß in der Praxis weder Arzt noch Kranke sich darnach richten und auch oft in der That sich nicht darnach richten können. „Seien wir darum zufrieden, wenn wir bei dem acuten und chronischen Empyem und dem Hydrops der Gallenblase, beim chronischen Choledochusverschluß, bei häufig wiederkehrenden, die Lebensfreudigkeit untergrabenden Koliken operiren können." Seine Bestrebungen faßt er dahin zusammen:

1. Nur nach genauer Diagnose des vorliegenden Falles und unter stricter Indicationsstellung zum Messer zu greifen.
2. Methoden zu wählen, welche eine vollständige Entfernung aller Steine ermöglichen.
3. Die Operation so einzurichten, daß einer neuen Entzündung vorgebeugt wird.
4. Die Adhäsionen möglichst zu verhüten.
5. Die Hernien zu beschränken.
6. Nach erfolgter Operation einer erneuten Gallensteinbildung durch diätetische und balneologische Curen möglichst vorzubeugen.

Wir sehen also, daß auch K. keineswegs kategorisch für die frühzeitige Operation der Cholelithiasis eintritt. Man hat eben in solchen Fällen doch immer von Fall zu Fall zu entscheiden und der Praktiker wird am besten fahren, wenn er sich dabei an die besonnene Indicationsstellung Nauyn's hält (l. c.), der in Fällen von acuter Cholelithiasis und Cholecystitis zunächst die interne Medication, insbesondere die Carlsbader Cur befürwortet und dem Chirurgen im Wesentlichen die Fälle von chronischer Cholecystitis mit Hydrops vesicae felleae, ferner die chronisch recidivirende Cholelithiasis und den nicht carcinomatösen chronischen Obstructionsicterus, sofern sie auch wiederholter Carlsbader Cur trotzen, zuweist.

(Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 21.)

Die Verletzungen des Sehorgans mit Kalk und ähnlichen Substanzen. Von Dr. Julius Andrae. (Leipzig, Wilhelm Engelmann, 1899.) Wasser gilt bisher allgemein als ein gefährliches Reinigungsmittel bei Verletzung des Auges durch „Kalk" (worunter eine ganze Anzahl verschiedener Calciumverbindungen zu verstehen ist). Die Warnung vor der Anwendung des Wassers ist nicht nur fast in allen Lehrbüchern zu finden, sondern auch weit unter Laien

verbreitet und auch von Behörden ergangen. Sie entsprang der Anschauung, daß die deletären Wirkungen der Kalkverletzung auf einer Verbrennung des Auges beruhen, indem noch in dem Kalk befindliche Mengen ungelöschten Kalkes (Aetzkalks) auf dem Auge durch die Thränenflüssigkeit unter Entwicklung starker Hitze „gelöscht" würden. Empfohlen wird dagegen Oel, Milch und besonders Zuckerlösung. Andreae führt nun auf Grund systematischer Untersuchungen den Nachweis, daß diese Warnung durchaus unzweckmäßig ist und zurückgenommen werden muß. Ein Irrthum ist schon die auch in den Lehrbüchern der Chemie vertretene Ansicht, daß beim „Löschen" des Aetzkalks es momentan zu starker Temperatursteigerung kommt. Unter gewöhnlichen Umständen dauert es mindestens zehn Minuten bis zur Erreichung von Körpertemperatur, und das Maximum bleibt meist unter 100° C. Mit Säuren dagegen, mit Milch oder Zuckerlösung als Löschmittel ist eine schnellere und stärkere Hitzeentwicklung zu erreichen. Die Wirkung der Calciumverbindungen auf das Auge studirte Andreae an lebenden Kaninchen und todten Schweinsaugen. Thermisch wirken könnten höchstens die weniger in Betracht kommenden Verbindungen Calciumcarbid, Aetzbaryt, wasserfreies Chlorcalcium, im Löschen begriffener Aetzkalk und metallisches Calcium. Im allgemeinen ist die thermische ebenso wie die mechanische Wirkung bei Kalkverletzungen ganz zu vernachlässigen gegenüber der starken chemischen. Diese, meist von der ersten Sekunde an beginnend und sich eventuell lange Zeit fortsetzend, ist bei allen Calciumverbindungen die gleiche. Sie verätzt die Bindehaut und Hornhaut und schafft in letzterer durch Bildung von unlöslichem und undurchsichtigem Calciumalbuminat irreparable Trübungen. Am wenigsten intensiv wirkt Kalkwasser, stärker Kalkpulver, am stärksten Kalkbrei. Ueber das Schicksal des verletzten Auges entscheidet die erste Hilfeleistung, welche in der Regel durch Laienhand geübt wird. Das Entscheidende ist die schnelle und vollständige Entfernung der Kalkmassen von der Hornhaut und aus dem Bindehautsack. Jede Sekunde ist von Bedeutung. Schon aus diesem Grunde ist das weitaus geeignetste Mittel zur Reinigung des Auges das stets leicht beschaffbare Wasser, welches in reichlichem Strahl angewendet, jede Temperatursteigerung verhindert. Alle sonst vorgeschlagenen Mittel sind minderwerthig oder gar schädlich, auch abgesehen von dem durch ihre mühsamere Herbeischaffung bedingten Zeitverlust. Fester haftende Massen mögen vorsichtig mit Watte und Oel entfernt werden. Im Stadium der Entzündung ist die Kalkverätzung mit Atropin und kühlen, späterhin lauwarmen Umschlägen zu behandeln. Dem Endresultat, den Trübungen und Narben,

gegenüber ist der Arzt auf die nur optisch nützliche Iridektomie und Tätowirung beschränkt. Prophylaktisch würden Drahtgitterbrillen die Kalkverätzungen sicher verhindern, wenn die Arbeiter zu ihrer Anwendung gebracht werden könnten, was aber erfahrungsgemäß nur in geringem Maße gelingt.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Heilung und Verhütung der Retrodeviationen der Gebärmutter im Wochenbett. Von Dr. Rissmann. (Münch. med. Wochschr. No. 10.) R. ist der Frage praktisch näher getreten, ob es möglich ist, im Wochenbett durch geeignete Maaßnahmen die Entstehung von Retroflexionen zu verhüten und vorher bestehende Retroflexionen rückgängig zu machen. Er fand, daß sich wesentlich günstigere Heilungsresultate als bisher im Wochenbett erreichen lassen, wenn man möglichst früh — am besten 5—6 Tage nach der Geburt — ein großes Pessar einlegt und hat niemals Nachtheile von diesem Vorgehen gesehen. Er wandte dies Verfahren zuerst bei einer Frau an, welche seit ihrer ersten Entbindung an einer durch eine Parametritis posterior hervorgerufenen Retroflexio litt. Inzwischen war ihr ein Ring eingelegt worden, welcher im vierten Monat der zweiten Gravidität entfernt worden war. Nachdem die Frau nun eine zweite spontane Entbindung durchgemacht hatte, ließ R. nach dem ersten Schlafe so viel wie möglich Seitenlage einnehmen, gab Secale und legte am fünften Wochenbettstage ein großes, wohldesinficirtes Hebelpessar ein. Einige Male am Tage mußte die Wöchnerin aus der Seitenlage in die Bauchlage sich umwenden und darin einige Minuten verharren. Bis zum 14. Tage, wo die Wöchnerin aufstand, wurde täglich eine heiße Scheidenspülung gemacht. Da der große Ring ohne Beschwerden ertragen wurde und bei mehrfachen Untersuchungen des Uterus in guter Anteflexion lag, so fand kein Wechsel des Ringes statt; derselbe blieb bis zur siebenten Woche post partum liegen. Der Uterus blieb in guter Lage, die Frau wurde bald zum dritten Male gravid, und es gelang dann, im Wochenbett durch eine ähnliche Behandlung wiederum eine durchaus normale Lage des Uterus bei völligem Wohlbefinden zu erzielen. — Im Laufe der folgenden Jahre hatte R. noch sechsmal Gelegenheit, innerhalb der beiden ersten Wochen des Puerperiums eine Ringbehandlung, und zwar mit vollem Erfolge einzuleiten; drei Frauen waren vor der Gravidität oder in derselben an Retroflexio uteri behandelt worden; bei den übrigen Patien-

tinnen war über den Beginn des Leidens nichts bekannt. Einmal wurde der Ring nach einer Fehlgeburt eingelegt. Bei Frauen, bei denen die Behandlung erst in der dritten Woche des Puerperiums begonnen wurde, waren die Erfolge etwas weniger günstig (3 Heilungen in 5 Fällen). Er räth daher, so früh wie möglich mit der Ringbehandlung zu beginnen. Deswegen hält er bei jeder gesunden Wöchnerin eine innere Untersuchung (kurz nach dem Aufstehen) für nothwendig. Nach Aborten, wo der Uterus durch seine Größe nicht gehindert wird, hinter das Promontorium schon frühzeitig herabzusinken, sollte sogar in der ersten Woche in jedem Falle eine bimanuelle Untersuchung stattfinden. Weiß man aber, daß Frauen schon vor der Entbindung an Retrodeviationen gelitten haben, so soll man nach R. in jedem Fall die schwere und descendirte Gebärmutter durch ein großes Hebelpessar im Wochenbett stützen. Da erfahrungsgemäß am 5. oder 6. Wochenbettstage Darmschlingen sich zwischen die vordere Wand der Gebärmutter und die Bauchdecken einzuschieben pflegen, so wählt man diesen Termin am passendsten zum Einführen des Pessars, womit durchaus keine Gefahr verbunden ist. Besonders wichtig ist natürlich das frühzeitige Einlegen des Ringes bei Frauen, die schon einmal wegen einer Retroflexio uteri operirt worden sind. Was nun die Prophylaxe der Retrodeviationen im Wochenbett anlangt, so ist als Normallage von jeder Wöchnerin die Seitenlage einzunehmen, die Rückenlage ist nur zu Zeiten zu gestatten, ab und zu hat die Wöchnerin die Gesichtsbauchlage einzunehmen. Die Blase ist alle drei Stunden zu entleeren; jeden zweiten Tag ist ein Klystier zu verabreichen. Nach Einführung dieser Grundsätze bei Leitung des Wochenbetts hat R. unter 200 Entbindungen nur zweimal noch eine Retroflexio-Retroversio vor der Entlassung gefunden. Auch die Hebammen sollen instruirt werden, im Puerperium zu untersuchen, um möglichst früh sich ausbildende Retroflexionen zu entdecken und den Arzt zur Behandlung hinzuzuziehen. Es hat gewissen Vortheil nach R., namentlich für die Hebammen, die Wöchnerinnen im Stehen zu untersuchen. Fühlt man im Stehen beim Emporddrängen des hinteren Scheidengewölbes das Corpus uteri, so ist im Laufe der nächsten Woche mit Sicherheit eine ausgebildete Retroflexion des sich verkleinernden Uterus zu erwarten, daher sofort ein Ring einzulegen. Mit dem Pessar soll dann die Frau aufstehen, denn eine weitere Bettruhe würde keine Vortheile, sondern eher Nachtheile (Rückenlage) mit sich bringen.

Ueber Prophylaxe und Behandlung der Blutungen post partum. Von Dr. Wilh. A. Frank, Prag.

(Wiener med. Blätter, 1900, No. 6 u. 7.) Als die häufigste Ursache der Blutungen post partum ist die Erschöpfung anzusehen, und zwar entweder die allgemeiner oder jene localer Natur. Die locale Erschöpfung, durch welche der Kranken eine Blutung droht, besteht in der Erschlaffung der Uterusmuskulatur. Die allgemeine Erschöpfung, welche den localen Verhältnissen zu Grunde liegt, beobachtet man in jenen Fällen von verzögerter Geburt, in welchen die Mutter nicht im Stande ist, die Frucht spontan auszustoßen. Weniger häufige Ursachen der Blutungen post partum bilden die Retention einer nur theilweise abgelösten Placenta oder eines Theiles der Placenta und der Eihäute im Uterus, Einrisse im Genitaltrakt mit Eröffnung von Blutgefäßen und tiefgreifende Veränderungen der Blutbeschaffenheit der Mutter.

Die Verhütung der Blutungen in der Nachgeburtsperiode besteht in der sorgfältigen Vermeidung jeder stärkeren Erschöpfung. Diese kann nur durch eine sorgfältige Untersuchung einer jeden Gebärenden vor der Entbindung oder in den ersten Stadien der Geburt zum Zweck der Feststellung eines eventuell vorhandenen schwereren Geburtshindernisses oder irgend welcher complicirender Verhältnisse, welche die Geburt ungewöhnlich lang und schwierig gestalten können, erzielt werden.

Die für die Blutungen als prädisponirend erkannten Momente müssen auf geeignetem Wege bekämpft werden. In einem Falle von ausgesprochenem Mißverhältniß zwischen Becken und Größe der Frucht bildet die künstlich eingeleitete Entbindung für den Practiker eine sichere Methode. Wenn der Unterleib in Folge zahlreicher vorausgegangener Geburten oder excessiver Menge von Fruchtwasser übermäßig ausgedehnt ist, dann wird der Arzt entsprechende Instructionen ertheilen, daß er rechtzeitig herbeigerufen werde, und wird eine zu rasche Entleerung des Uterus verhüten. Wenn die gesammte Musculatur und der Uterus einen geringen Tonus aufweisen, so wird man der Frau geeignete Tonica während der Schwangerschaft verabreichen und der Arzt wird während der Geburt vor dem Eintreten der Erschöpfung auf der Hut sein.

Bei der Behandlung der ungewöhnlichen Ursachen der Blutungen post partum begegnet man mitunter erheblichen Schwierigkeiten. Bei syphilitischen Müttern können wir eine partiell adhärente Placenta erwarten, die sich blos theilweise ablöst und dadurch zu Blutungen während der Geburt Anlaß giebt. Bei einer Kranken, welche während der Schwangerschaft an Gonorrhoe litt, können Adhäsionen der Einhäute eine langsame Dilatation der Cervix bedingen und die prompte und complete Entleerung des Uterus behindern, Wenn wir an einer Kranken in einem frühen Stadium der

Schwangerschaft eine specifisch toxische Erkrankung erkennen, können wir durch reichlichen Gebrauch von Eisen und Arsen die Blutbeschaffenheit bessern und den Blutungen bei der Geburt vorbauen. Mit einem Worte, zur Verhütung von Complicationen ist ein sorgfältiges Studium jedes Einzelfalles erforderlich.

Im Verlaufe der Geburt kann zur Vermeidung der Blutung viel geschehen. Es ist gewiß von Vortheil, wenn möglich, den Sitz der Placenta zu bestimmen. Dies kann durch Palpation und Auscultation ermittelt werden und für den Fall, daß ein verdachterregender Blutabgang sich einstellen sollte, soll sofort eine gründliche Untersuchung der Vagina vorgenommen werden, indem man die Hand so weit als möglich gegen die Beckengrenze einführt.

In steter Erinnerung dessen, daß die Erschöpfung die wichtigste Ursache der Blutung bildet, müssen die Kräfte der Gebärenden thunlichst geschont werden. Während der ersten Geburtsperiode soll die Kreißende flüssige Nahrung in kleinen Mengen, so oft sie dieselben nehmen kann, erhalten, und wenn nötig, entsprechende Reizmittel. Schlaflosigkeit während der ersten Geburtsperiode soll durch den Gebrauch geeigneter Sedativa auf ein Minimum reducirt werden.

Ein prolongirtes erstes Geburtsstadium muß dem Arzt immer eine gewiße Besorgniß einflößen. Er muß sich sofort davon überzeugen, daß kein unüberwindliches Hinderniß für den Durchtritt des Kindes vorliegt. Falls die Dilatation der Cervix ohne Assistenz nicht durchführbar erscheint, dann wird sich oft die Anwendung eines mit antiseptischer Flüssigkeit gefüllten elastischen Katheters von sehr großem Nutzen erweisen. Die stärkste Dilatation des Orificium kann man auf diese Weise mittels eines doppelläufigen elastischen Katheters binnen 2—3 Stunden erzielen, indem man erst eine Hälfte und nach 1—2 Stunden die andere mit Flüssigkeit füllt. In der zweiten Geburtsperiode muß ganz besondere Aufmerksamkeit darauf gerichtet sein, den allgemeinen Kräftezustand der Gebärenden günstig zu erhalten. Vor allem muß sie in eine für die Entbindung vortheilhafte Lage gebracht werden. Wenn der Kopf durch die Beckenebene tritt, soll die Mutter, wenn der kindliche Rücken nach links gerichtet ist, ebenfalls auf ihre linke Seite gelegt werden, bei der zweiten Position, mit dem kindlichen Rücken rechts, auf ihre rechte Seite. Ist der Kopf in die Beckenhöhle eingetreten und nähert er sich bereits dem Beckenboden, so fühlt sich die Mutter in halbsitzender Position, den Körper auf die Tubera ischii gestützt, den Stamm vornübergebeugt und die Hände auf eine gegenüberstehende Stuhllehne fest aufstützend, viel wohler. In manchen Fällen von

ſchwerer Geburt ſieht man einen Erfolg davon, wenn man die Gebärende auf einen gepolsterten Lehnstuhl ſetzt und den Oberkörper vornüberneigen läßt.

Die Entſcheidung über ein Eingreifen während der zweiten Geburtsperiode erfordert ſorgfältige Beobachtung und ein gutes Urtheil. Dank der aseptiſchen Cautelen iſt es jetzt zweifellos ſicherer für die Gebärende, während des zweiten Geburtsſtadiums einzugreifen, ſobald die austreibenden Kräfte Anzeichen der Ermüdung aufweiſen.

Beim Auftreten einer post partum-Blutung, welche ſich unmittelbar an die Entbindung anſchließt, muß der Arzt raſch die Unterſcheidung treffen zwiſchen einer Erſchlaffung des Uterus und Blutungen aus einem Riß der Cervix, des Beckenbodens oder der Vaginalwand. Iſt der Leib gut contrahirt und das Blut von heller Farbe und conſtant in dünnem Strahl hervorkommend, dann iſt deſſen Quelle in einem geborſtenen Gefäße der Cervix, des Beckenbodens oder der Vaginalwand zu finden. In einem ſolchen Falle ſoll ſofort die Unterſuchung behufs Ermittlung der Urſache der Blutung vorgenommen und die Naht zur Blutſtillung ausgeführt werden. Im Zuſammenhange damit macht F. auf die Riſſe in der vorderen Vaginalwand nahe der Urethra als auf eine Quelle der Blutungen post partum aufmerkſam.

Falls kein Riß in der Cervix, dem Beckenboden oder dem Vaginalgewebe zu finden iſt und der Uterus ſchlaff iſt, dann ſoll letzterer mit der Hand geknetet und eine Vaginaldouche mit heißem, ſterilisirtem Waſſer vorgenommen werden. Wenn die Blutung, wie es in der Mehrzahl der Fälle vorkommt, prompt ſteht, ſoll eine ſubcutane Strychnin-Atropin-Injection verabfolgt werden. Tritt eine neuerliche Atonie des Uterus ein, ſo muß mittels Jodoformgaze ſofort tamponirt werden.

Häufig ereignen ſich die Fälle von Blutungen post partum infolge von Uterusatonie, nachdem der Arzt die Kranke bereits verlaſſen hat und dieſelbe ſich unter der alleinigen Aufſicht der Pflegerin befindet. Die Hebammen ſollen daher durch den Arzt mit ſchriftlichen Verſchriften darüber verſehen ſein, was für den Fall einer Blutung zu geſchehen hat, bevor der Arzt kommt.

Bleibt die Gebärmutter nicht prompt contrahirt und dauert die tropfenweiſe Blutung, ohne daß ein Einriß vorhanden iſt, welcher die Blutung bedingen würde, an, ſo muß das dem Arzte den Verdacht erwecken, daß ein Theil der Placenta oder der Eihäute oder ein größeres Blutgerinnſel im Uterus zurückgeblieben iſt. Wenn die entſprechenden Vorſichtsmaßregeln getroffen werden, eine Blutung zu vermeiden, ſo wird ſich nur ſelten ein größeres Gerinnſel bilden können. Bei Vorhandenſein der be-

schriebenen Symptome ist es für alle Fälle Pflicht des Arztes, die Uterushöhle genau zu exploriren und sich davon zu überzeugen, daß sie leer und rein ist. Dies kann entweder mittels des Fingers oder mittels der heißen Uterusdouche durch den Katheter geschehen. Manchmal begegnet man einigen Schwierigkeiten bei dem Versuch, die Uterushöhle gleich nach ihrer Entleerung in allen Theilen abzutasten. Der Finger ist nämlich in vielen Fällen leider zu kurz.

Mittels einer heißen Uterusdouche bringt man oft alle zurückgebliebenen Theile heraus. Will man eine solche ausführen, so muß, falls die Cervix stark zusammengezogen ist, dieselbe mit dem Finger vorsichtig dilatirt werden. Wenn der Uterus groß ist, so kann man die Function des Fingers uud des Rohres mit jener der stumpfen Curette verbinden. Die Innenfläche der Gebärmutter soll sorgfältig, jedoch zart bestrichen werden, während die heiße Flüßigkeit durch den Katheter frei abfließt. Wenn zum Schlusse der Uterusdouche die tropfenweise Blutung anhält, so ist es gut, mit Gaze zu tamponiren.

Verschiedenes.

Formalinalkohol gegen die Nachtschweisse der Phthisiker empfiehlt auf Grund seiner im Krankenhaus Moabit (Prof. Goldscheider) gemachten reichen Erfahrungen Dr. H. Hirschfeld. Man muß dabei nur die üblen Nebenwirkungen auf die Athmungsorgane auszuschalten suchen. H. verfährt folgendermaßen: Er benützt eine Mischung von Formalin mit absolutem Alkohol āā, die er mit einem weichen Borstenpinsel oder auch mit Watte auf die schwitzenden Partheien der Haut aufträgt. Unter keinen Umständen darf der Pat. gänzlich unbekleidet sein, da dann die von der warmen Hant aufsteigenden Formaldehyddämpfe in unangenehmster Weise Augen und Athmungsorgane belästigen können. Pat. muß also mindestens ein Hemd anhaben, das während der Pinselung über den Kopf zurückgeschlagen wird. Ferner bedient sich H. zum Schutz für den Pat. noch eines mit Gummi präparirten Stoffes „Para double", der in Verbandgeschäften zu haben ist. Ein etwa 1 qm großes Stück davon wird dem Pat., der nur mit Hemd bekleidet im Bette sitzt, in der Weise um den Hals mit einem gewöhnlichen Tuche dicht anschließend befestigt, daß Vorder- und Seitenfläche des Rumpfes, sowie der oberste Theil des Rückens davon bedeckt werden. Man pinselt nun zunächst den Rücken, indem man Hemd und Gummistoff ein wenig lüftet; danach legt sich der Pat. auf den Rücken, worauf man Gummistoff und Hemd über den Kopf zurücklegt und Brust und Bauch pinselt. Dann wird Hemd und Gummistoff wieder zurückgeschlagen und Pat. deckt sich mit der Bettdecke zu, 1 Stunde liegen bleibend, worauf erst der Gummistoff entfernt wird. Er hat 100 Phthisiker so behandelt und keinen Mißerfolg gehabt. Bei mehreren Pat. genügte eine 1mal. Pinsel., um die Schweiße für viele Wochen zu beseitigen. In anderen mußte die Procedur öfter vorgenommen werden, da die Schweiße, wenn auch in geringerem Grade, wiederkehrten, und zwar je nachdem alle 4, 3, 2 Wochen, seltener alle 8 Tage. In manchen

besonders hartnäckigen Fällen genügt überhaupt 1malige Pinselung nicht, man muß sofort noch 2 und 3 Mal pinseln. Bisweilen tritt dann leichte Abschilferung der Haut ein. 3mal sah er üble Nebenwirkungen (1mal Urticaria, 2mal leichte Erosionen). Er pinselt jetzt stets Brust, Bauch und Rücken in einer Sitzung, am anderen Tage Arme und Beine, falls diese Theile schwitzen. Am Kopf drückt er ein mit Formalinalkohol getränktes Stück Watte gut aus und reibt damit die schwitzenden Theile, das sind meist nur die Grenzen der beharrten und unbehaarten Kopfhaut vorn an der Stirn und hinten im Nacken. Formalin ist kein gleichgültiger Körper; wunde Stellen, ferner Brustwarzen, Nabel, Genitalien, Anus sind vor dem Contact zu bewahren. Ein ganz leichtes Brennen tritt nach jeder Pinselung ein; ist es heftiger, so nehme man vom Formalin weniger. Nie darf man das Mittel dem Pat. selbst überlassen! Sonst aber ist es sehr empfehlenswerth wegen der alle anderen Mittel an Sicherheit übertreffenden prompten Wirkung und deren langer Dauer, die eine seltene Application gewährleistet. — Auch Senator kann bestätigen, daß das Verfahren prompt wirkt. Die eingepinselten Stellen haben bei seinen Pat., wenn auch nicht wochen-, so doch tagelang nicht mehr geschwitzt, und wenn man eine Stelle nach der anderen bepinselt, kann man die Pat. tagelang schweißfrei erhalten.

(Berliner medic. Gesellschaft, 21. III. 1900. —
Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 15.)

Ueber Klavierspielerkrankheit. 1. Klavierspielerkrankheit wird in den meisten Fällen, gleich der Geiger- oder der Schreiberkrankheit, als coordinatorische Beschäftigungsneurose aufgefaßt und somit gleich jenen als functionelle Störung, deren Sitz in erster Linie im Hirn zu suchen ist, behandelt. Dank dieser Auffassung werden „überspielte Finger" vielfach mit Elektricität, mit Uebungen mit oder ohne Massage behandelt. Das einschlägige klinische Material lehrt aber, daß bei den Klavierspielern es sich nur ganz ausnahmsweise um eine nervöse Erkrankung handelt. In der größten Zahl von Fällen hat man es mit einer Neuritis des einen oder des anderen Armnerven zu thun, mit einer per continuitatem entstandenen Entzündung, ausgehend von beim Spielen traumatisirten Muskeln oder Gelenken. Der Uebergang eines acuten Stadiums in ein subacutes und chronisches ist manchmal die Folge einer gebrauchten Uebungskur, bei welcher an den meist afficirten Gelenken auch meist geübt wurde.

2. Das Hauptcontingent der Klavierspielerkranken besteht aus Conservatoriumsschülerinnen von zartem oder kleinem Knochenbau im Allgemeinen oder mit schlaffen Gelenken und mit für die Beherrschung des Klaviers ungenügend großen Händen im Besonderen. Neuropathische Veranlagung als prädisponirende Ursache kommt bei den Klavierspielern selten zur Geltung, wie auch die rein functionellen Formen der Erkrankung, als locale Erscheinung der Neuropathie, selten vorkommen.

3. Das heutzutage gebrauchte Klavier, so nahezu vollkommen es für die gut entwickelte Hand des Erwachsenen ist, stellt vielfach Kindern und Adolescenten schwer zu überwindende Hindernisse.

4. Es besteht ein nicht zu verkennendes Bedürfniß nach Klavieren, deren Claviatur dem körperlich noch unentwickelten Schüler die Möglichkeit bietet, weit auseinander liegende Töne bei einer geringeren Spannweite der Hände gleichzeitig zu greifen.

5. Die Therapie der gewöhnlichen, von Trauma herrührenden Klavierspielerkrankheit besteht in Ruhe und nicht reizenden Massagemanipulationen. Uebungen sind nur im Stadium decrementi des Processes und nur in den verschont gebliebenen Nachbargelenken vorzunehmen. Bei den selteneren, den paralytischen und den Krampfformen, werden energische Massage-, Widerstands- und aktive Bewegungen angewandt.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro 8 XXXXI. Jahrgang. 25. Aug. 1900.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Die Nährmittel-Industrie an der Jahreswende. Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung. Händereinigung, Händedesinfection und Händeschutz. — Ueber den Typhus abdominalis. Zur Indicationslehre der Blinddarmentzündung. Neueres zur Behandlung des chronischen Morphinismus. — Ueber neuere Fortschritte in der Scoliosenbehandlung. Zur Therapie der Verbrennungen. Die Impferkrankungen des Auges. — Die Gefahren der Scheidenirrigation. Ueber Nahrungspausen bei der Säuglingsernährung. Die Häufigkeit der Zahncaries bei Kindern und deren Bekämpfung. — Unfall eines Arbeiters auf dem Heimweg als Unfall beim Betrieb.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Die Nährmittel-Industrie an der Jahreswende. Von San.-Rath Dr. Fürst (Berlin). Reichs-Med.-Anzeiger 15. 1900.) Die letzten Jahrzehnte des zur Rüste gegangenen Jahrhunderts haben unter vielen merkwürdigen Erscheinungen des öffentlichen Lebens und Schaffens auch eine gezeitigt, welche es werth ist, mit einigen Strichen skizzirt zu werden: die Herstellung von künstlichen Nähr-Präparaten für Kinder, Kranke, Schwache und Rekonvalescenten. Liebig hat durch seine Lehren dazu den Anstoß gegeben und die Münchner physiologisch-chemische Schule durch ihre grundlegenden Untersuchungen über Zusammensetzung und Ausnützung der Nährstoffe die Bewegung in die richtige Bahn geleitet. Daß die ins Rollen versetzte Kugel nach und nach von dem ursprünglich gesetzten Ziele abgewichen ist, hat eine doppelte Ursache gehabt, einmal das Nichtverstehen der Aufgabe und sodann die Sucht nach industrieller Ausbeutung.

Welches Ziel sollte durch die Erfindungsgabe, durch den fieberhaften Eifer der Nahrungsmittel-Chemiker und der Nährmittel-Techniker erreicht werden? Wozu überhaupt dies Konstruiren immer zahlreicherer neuer Präparate? Mußte es nicht schon Misstrauen erregen, daß jedes eine neue Aera der Volksbeglückung durch „rationelle Ernährung" in Aussicht stellte?

Wäre nur der zehnte Theil dieser Verheißungen erfüllbar gewesen, so würden wir um uns ein Geschlecht von

Hünen und Athleten sehen. Doch — die Bäume wachsen nicht in den Himmel.

Das Ziel, an welchem den um dasselbe Kämpfenden und Ringenden die Siegespalme einer „wissenschaftlichen That", damit aber vielleicht auch der Lohn großen materiellen Erfolges winkte, war deutlich. Es galt, sämmtliche für die Erhaltung, den Aufbau und die Kräftigung des Körpers nothwendigen Bestandtheile seiner Nahrung in concentrirter, leicht verdaulicher und angenehmer Form zu bieten, so daß es allen Bevölkerungsklassen ermöglicht würde, eine für den Einzelfall unzulängliche Nahrung zu ergänzen, dadurch aber zu verbessern. Es sollten die theoretischen Lehren der Ernährungs-Physiologie aus dem Laboratorium in das praktische Leben, zumal in die Kinderstube übertragen werden.

Der Gesunde kümmert sich im Grunde herzlich wenig darum, ob seine Nahrung alle Haupt-Grundstoffe: Eiweiß, Fett, Kohlehydrate und Salze enthält, oder ob diese im richtigen Verhältnisse zu einander stehen. Instinktiv mischt er sich selbst jene Grundstoffe ohne Ahnung ihrer chemischen Zusammensetzung. Anders aber liegt die Sache, wenn, zumal beim Kinde, die gebräuchlichste Kost aus irgend einem Grunde nicht verwendbar ist. Ein Kind z. B. verträgt nicht die reine oder mit Zusätzen versehene, käufliche Kuhmilch oder es gedeiht nicht bei derselben. Ein anderes Kind ist durch schwere Krankheit abgemagert und es gilt, ihm rasch wieder Kräfte und Körperfülle zu geben. Ein chlorotisches Mädchen, das sich nahe der Pubertät befindet, leidet an Magenbeschwerden, die an ein Ulcus ventriculi denken lassen und bedarf einer absolut reizlosen aber doch auskömmlichen Kost. Alle solche kindliche Individuen können aber die gewohnte Nahrung nicht vertragen oder nicht assimiliren oder sie können nicht solche Quantitäten verzehren, wie sie dieselbe zu ihrer Erhaltung, aber auch zum Ansatz von Fett und Fleisch nöthig haben.

Hier glaubt nun die Nährmittel-Fabrikation einsetzen zu müssen. Sie that es mit einer Fruchtbarkeit, welche nur noch in der fabrikmäßigen Darstellung neuer Medicamente durch chemisch-pharmaceutische Laboratorien ein Seitenstück besitzt.

Unter den künstlichen Nährmitteln der letzten Jahrzehnte die Spreu vom Weizen zu sondern, ist für uns, da wir noch mitten in dieser entschieden übertriebenen Bewegung stehen, kaum möglich. Der Geschichtsschreiber dieser Epoche wird aus größerer Distanz, jene schöpferischen Bestrebungen, die zu einer lästigen Ueberproduktion geworden sind, richtiger beurtheilen.

Viele Schöpfer neuer Nährmittel haben, das sei ihnen zugestanden, nach bester Ueberzeugung sich bemüht, für

das Kind ein Universal-Präparat zu konstruiren, welches, nach ihrer Ansicht, das Wesentliche des Nahrungsbedarfes in einer Art Quintessenz bietet. Daß diese Mühen aber oft vergebliche waren, hatte einen rein sachlichen Grund. Ein Ersatzmittel der Nahrung, das für sich allein den Organismus erhalten könnte, haben wir bis heute nicht. Theoretisch und praktisch ist es unmöglich. Es muß genügen, ein Präparat zu schaffen, das für bestimmte Fälle als verbessernder Zusatz zur Nahrung verwendbar ist. Ferner aber hat sich eine maßlose Ueberschätzung des Eiweißes und — wie v. Leyden treffend bemerkt — des Eiweißbedürfnisses herausgestellt. Man gab sich der Illusion hin, daß, indem man den Prozentsatz des Eiweißes, soweit es löslich und assimilirbar ist, bis nahe an die Hundert hinauftrieb, auch wirklich Alles vom Darm aus in die Gewebe und Zellen des Körpers gelange, diese um ungeahnte Massen von Eiweiß bereichernd.

Wir wissen jetzt, daß der Ruf „Füttert die Menschheit mit Eiweiß. Ihr werdet damit Wunder an Muskelkraft und Lebensfülle erzielen!“ einfach kindlich-naiv ist. Bei dieser speculativen Parole, diesem Tohu-wa-bohu und Hexensabbath muß selbst der ruhig und nüchtern Denkende ein förmliches Schwindelgefühl empfinden. Mit Ewald möchte man annehmen, daß es, Angesichts der vielen-ole, -osen, -gene und -one bald an neuen Namen für die wie Pilze aus der Erde wachsenden Präparate fehlen wird.

Zum Glück wehrt sich der Organismus selbst gegen jede einseitige Eiweiß-Aufdrängung. Es ist bekannt, daß das Ueberschreiten einer gewissen Eiweiß-Grenze gerade den Zerfall von Körpereiweiß steigert und daß der unverwendbare Ueberschuß wieder ausgeschieden wird. Außerdem aber hat sich die ganze Richtung, die einseitige Produktion concentrirter Eiweiß-Präparate, als verfehlt erwiesen. Sie vernachlässigt die dem Organismus nicht minder nothwendigen stickstoffsauren Substanzen (Fett und Kohlehydrate) sowie die Nährsalze. Dieser Mangel würde sich, wie die Ernährungs-Physiologie lehrt, nicht ungestraft durchführen lassen.

Die erwähnte Eiweiß-Manie drängt weit ab von dem Wege, den uns die Natur in dem Paradigma der Säuglings-Ernährung, der Milch zeigt. Sind doch in dieser Eiweiß, Fett, Zucker und Salze chemisch und — infolge des Emulsionszustandes — auch physikalisch so praktisch gemischt, daß durch Milch gerade Eiweiß gespart, im Körper zurückgehalten und zu Gewebsansatz verwendet wird und zwar zu einer Reproduktion aller Gewebe gleichmäßig: der Muskelsubstanz, des Fettes, des Blutes und der Knochen.

Wenn die moderne Nährmittel-Industrie nicht gar zu sehr im chemischen Experiment und in der auf dieses kon-

struirten Theorie stecken geblieben wäre, sondern mehr mit den physiologiſchen Bedingungen des kindlichen Organismus Fühlung behalten hätte, wäre sie dem Einfachsten, Natürlichsten näher geblieben. Statt dessen hat sie sich in Künsteleien verloren und vergessen, daß le mieux l'ennemi du bon ist. So war es ganz erklärlich, daß ſchon jetzt die Anzahl der neuen, künstlichen Nährpräparate, welche speziell für die ersten Lebensjahre bestimmt sind, in ärztlichen Kreisen zu einer Reaktion geführt hat. Die Consequenz ist, daß man sich wieder mehr der Milch und den Milch-Präparaten, die dem Volke wesentlich lieber und vertrauter sind, zugewendet hat. Der Laie kommt dieser Reaktion gern entgegen. Denn der richtige Instinkt sagt selbst der ſchlichtesten Mutter, daß das möglichst Naturgemäße auch das Wahre und Rechte ist. Gerade der erfahrene Arzt, der sich in diesem Sturm und Drang ein objektives Urtheil bewahrt hat, kehrt heutzutage mit Vorliebe wieder zur Mutter Natur zurück, d. h. also zur Ernährung seiner kleinen Schutzbefohlenen mit der Mutterbrust oder, wo dies unmöglich ist, mit Kuhmilch, oder ſchließlich zu den alten, ungesuchten aber bewährten Milch-Präparaten. Von diesen weiß er wenigstens, daß sie dem Kinde gut ſchmecken und bekommen und er zieht diese einfache Thatsache dem zweifelhaften Vergnügen vor, sich und das Kind mit hypothetiſchen Dingen experimentell herumzuquälen. Der Erfolg ist ihm maßgebender, als die Theorie; c'est le sucés pas reussit.

In dieser richtigen Erkenntniß hat man während des letzten Jahrzehntes den Schwerpunkt wieder auf die Produktion gesunder tadelloser Milch gelegt, die Molkerei- und Stallhygiene gepflegt. Höchstens billigt man solche Veränderungen an der Kuhmilch, wie Fett-Anreicherung, Caseïnlösung u. dergl.. durch welche die Milch in ihrer Form, nicht in ihrem Wesen verändert wird. Auch das Kondensiren der Milch im Vacuum unter Zuckerzusatz, wie es s. z. Henri Nestlé als einer der Ersten einführte, hat wieder mehr Beliebheit und festen Boden gewonnen.

Man ist jetzt darüber einig, daß in den ersten 3 bis 4 Monaten Kuhmilch in irgend einer passenden Form die geeignetste Säuglings-Nahrung ist, vom 5. oder 6. Monat an jedoch ein Brei, den man früher mit Zwieback herstellte, sich jetzt aber bequemer und besser mit dem ſchon vor etwa 30 Jahren von Nestlé angegebenen „Kindermehl", richtiger wohl „Milch-Zwieback-Pulver" bereiten kann. Die beruhigende Gewißheit, daß das Präparat, im Gegensatz zu den neuesten milchlosen Kinder-Nährmitteln, reich an Milch ist und daß dieselbe von absolut perlsuchtfreien, auf Alpenweiden lebenden Kühen stammt, ist ſchon angenehm; hinzu kommt, daß die Herstellung stets gleichmäßig und in Tem-

peraturen erfolgt, welche eine vollkommene Sterilisation verbürgen. Berücksichtigt man ferner, daß das Weizenmehl des fein zermahlenen Zwiebacks durch gründliche Röstung größten Theils aufgeschlossenes Stärkemehl enthält, daß das Präparat sich enorm lange konservirt, daß es fast ausnahmslos Wohlbefinden und Ernährung in gutem Stande erhält, so ist es verständlich, wenn in der Uebergangszeit zu festerer Kost, neben keimfreier, fettreicher Milch, gerade neuerdings die alte, beliebte Nestlé-Nahrung als Beikost sich wieder mehr Freunde und Gönner errungen hat. Sie wird dann mit $1^1/_2$ Jahren durch Griesbrei, Fleischbrühe, später durch zartes Geflügel, Eier und die beim 2- bis 3jährigen Kinde übliche Kost abgelöst.

F. hat schon vor einem Vierteljahrhundert die Bedeutung der Nestlé-Nahrung erkannt und gewürdigt, seitdem aber das stets gleichmäßige Präparat unausgesetzt verwendet. Er hat nie über dasselbe zu klagen gehabt; vielmehr kann er auf Grund seiner langjährigen persönlichen Erfahrungen nur auf befriedigende Resultate zurückblicken. Längst hat er das theoretische Vorurtheil, das Präparat enthalte schwer assimilirbares Stärkemehl, widerlegt, a. a. O. betont, daß es nie Mesenterialdrüsen-Schwellung, nie Störungen der Darmfunktion verursacht, im Gegentheil gestörte Darmthätigkeit, zumal Neigung zu Diarrhöen, wieder in Ordnung bringt. In zahlreichen Fällen hat er die Erfahrung gemacht, daß dies Präparat gerade zwei Haupt-Indikationen der Kindes-Diätetik erfüllt, nämlich, auf angenehme Weise zu sättigen und das Körpergewicht konstant zu steigern, also der Atrophie entgegenzuwirken. Es liegt für ihn also gar kein Bedürfniß vor, blos um mit Kindern zu experimentiren, zu anderen Präparaten zu greifen, von deren günstigem Effekt er nicht von vornherein überzeugt ist.

Gegenüber der raschen, übermäßigen Begeisterung der jüngeren Generation für jedes neu auftauchende Nährpräparat ist die zweifelnde, abwartende, kritische Haltung des durch Beobachtung und Erfahrungen gewitzigten Alters doch wohl voll gerechtfertigt. Dieses weiß, daß „Alles schon dagewesen" ist, daß „Nichts so heiß gegessen wird, wie man es kocht", daß Begeisterung oft verpufft, wie ein Feuerwerk und daß der Glaube an Autoritäten, die bisweilen „nur so lange unsterblich sind, wie sie leben", der Mode gleich wechselt, während das Einfache, Natürliche bleibt. In der Kinder-Diätetik und deren Wandlungen hat sich aber der Werthschätzung mancher genialen Neuerung die erprobte Erfahrung und das Festhalten an bewährten Methoden häufig als praktisch erwiesen. Es sei nur z. B. an die Wiedereinführung der (verbesserten) Liebig'schen Malzsuppe durch die Breslauer Klinik, an das neu erwachte Interesse am Molkerei-

Wesen, an die den Pfaden der Natur folgenden Anregungen eines Biedert, Efcherich-Gaertner u. A. erinnert. Alle solche Bestrebungen zielen darauf hin, die Säuglings-Ernährung wieder zu vereinfachen und von den vielen, überwuchernden Künsteleien zu befreien.

Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung. Zugleich ein Beitrag zur Kenntniß des Wesens der Chlorose. Von Dr. Hofmann. (Virchows Archiv, Bd. 160, Heft 2.) In der Einleitung der sehr ausführlichen, experimentellen Arbeit wird zunächst eine kurze Uebersicht über die verfchiedenen Ansichten von dem Verhalten des Organismus anorganifchen Eisenpräparaten gegenüber gegeben. Die Versuche wurden an Kaninchen angestellt, und von den Eisenpräparaten gelangten Ferr. oxyd. sacharat solubile, Ferr. reduct. und Liquor ferr. albuminat zur Verwendung. H. kommt dabei zu folgenden Sätzen.

Alles Eisen, als reines oder als Ferratin, wird im Duodenum resorbirt, um von dort mittelst Transportzellen, an einen Eiweißkörper gebunden, in die Blutbahn zu gelangen, in welcher es in dieser Form keine toxifchen Wirkungen, wie man auf Grund von Injectionsversuchen mit Eisensalzen direct in die Gefäße annehmen zu müssen geglaubt hat, hervorzurufen im Stande ist. Als solches Eisenalbuminat wird es dann in der Leber und Milz und hauptsächlich im Knochenmark abgelagert. Nur dieses letztere Organ zeigt nach erheblicheren Blutverlusten eine entsprechende, regenerative Thätigkeit, die sich als Hyperplasie seines Parenchyms kundgiebt. Der Wiederansatz der rothen Blutkörperchen ist bei Thieren mit Eisenfütterung ein rafcherer, was sich auch im Knochenmark durch den reichlicheren Gehalt an denselben nach Fe.-Gaben zeigt, während Milz und Lymphdrüsen kaum einen Unterfchied aufweisen. Auch ohne voraufgegangenen Blutverlust kann nach Fe.-Darreichung eine mäßige Steigerung der rothen Blutkörperchen im kreisenden Blute erzeugt werden, wobei aber das Knochenmark keine größere Zellenbildung, sondern einen reicheren Zellgehalt aufweist. Der Wiederersatz von Hämoglobin bleibt hinter dem der Erythrocyten etwas zurück, entspricht aber bei Thieren sowohl mit als auch ohne Eisengaben stets nur dem der Blutkörperchen, so daß eine Mehrproduction von Blutfarbstoff durch Verwendung des Metalls nicht statt hat. Es ergiebt sich daraus, daß dem Metalle als solchem eine die physiologifche Thätigkeit des Knochenmarks stimulirende, die Heranreifung der in ihm producirten Jugendformen zu kernlosen, in die Circulation eintretenden Erythrocyten befchleunigende Wirkung zukommt.

Aus der Untersuchung mit anderen Eisen- und Hämo-

globinpräparaten — es wurden untersucht Ferratin, Eisenpeptonessenz, Manganeisenpeptonessenz, Eisensomatose, Sanguinalpillen, Hämalbumin, Hämol, Hämoglobintabletten, Hämoglobinzeltchen, Hämatogen — ergiebt sich, daß auch ihr Eisen in gleicher Weise an Zellen gebunden im Organismus nachweisbar ist, bei den eisenreicheren in größerer, bei den Hämoglobinpräparaten in geringerer Menge. Die ersteren sind deshalb meist überflüssig, die letzteren irrationell, da es bei der Eisenwirkung nur auf die Menge des resorbirten Metalls ankommt.

Aus dieser die physiologiſche Thätigkeit des Knochenmarks stimulirenden Wirkung des Eisens läßt sich ein Einblick in das Wesen der Chlorose gewinnen. Hiernach besteht dieselbe mit der größten Wahrſcheinlichkeit in einer nur zur Pubertätszeit auftretenden, vorübergehenden verminderten Leistungsfähigkeit, oder einer angeborenen, sich das ganze Leben hindurch mehr oder weniger bemerkbar machenden Hypoplasie des blutbildenden Organs, des Knochenmarks, die sich in ſchweren Fällen vereinigt mit der von Virchow beſchriebenen Hypoplasie der blutführenden Theile, selbst des Geſchlechtsapparats. Diese Schwäche des blutbildenden Organs äußert sich in der Production minderwerthiger, an Form und Hämoglobingehalt krankhafter Erythrocyten. Während alle anderen Theorien vom Wesen der Chlorose mit der specifiſchen Wirkung des Eisens unvereinbar sind, findet diese noch eine Unterstützung in den Erfolgen von Aderlässen bei Chlorose, die gleichfalls einen Reiz auf das blutbildende Knochenmark darstellen.

Händereinigung, Händedesinfection und Händeschutz. Von Dr. Carl S. Haegler. (Basel 1900, Benno Schwabe.)*) Auf Grund fremder und eigener Untersuchungen erklärt H., daß der mechaniſchen Reinigung, d. h. der Entfernung des Keimmaterials von der Handoberfläche die wichtigste Rolle zukommt.

Die Antiseptica aber bei der Reinigung fern zu halten, hält er deshalb nicht für richtig, weil deren Anwendung keineswegs ohne Resultat auf den Keimgehalt der Hand ist. Es kann nach seinen Versuchen ein Einfluß der einer gründlichen mechaniſchen Reinigung, Entfettung und Entwässerung folgenden Sublimatbehandlung auf den Keimgehalt der Handoberfläche, resp. auf die Entwicklungsfähigkeit dieser Keime nicht von der Hand gewiesen werden. Wenn es daher möglich ist, mit antiseptiſchen Mitteln, das Ergebniß zu verbessern, so muß man diesen Weg ergreifen „und sich nicht irre machen lassen durch die glänzenden Statistiken der absoluten Aseptiker, die leider nicht lückenlos sind."

*) Cfr. die vorige No. d. Z. S. 149.

Was nun die Art der mechanischen Reinigung betrifft, so weist H. den Angriff Schleich's auf die Bürsten ab: nach wie vor können diese durch Kochen sterilisirt werden („Wurzelbürsten"). Schleich's Marmorseife als alleiniges Reinigungsverfahren ist durchaus ungenügend und erzielt keineswegs die behauptete Keimfreiheit der Hände.

Untersuchungen über die von Mikulicz empfohlene Seifenspiritusdesinfection führen zu dem Schlusse, daß es hier gerade so wie bei der Alkoholdesinfection um eine Scheindesinfection sich handle. Will man eine gründliche Reinigung der Hand erzielen, so empfiehlt es sich daher immer noch zu trennen, d. h. die Seifenbehandlung und die Alkoholbehandlung gesondert vorzunehmen, trotzdem diese Trennung eine Complication bedeutet und mehr Zeit erfordert.

H.'s Experimente haben sich auch auf die von der Firma Hausmann in St. Gallen empfohlene, von den Schweizer Collegen wohl öfters benutzte Servatolseife erstreckt. Seine Nachprüfung konnte die behaupteten Resultate in keiner Weise bestätigen. „Sterilität der Hände wurde auch nach 10 Minuten langer Anwendung der Seife nie erzielt."

Höchst detaillirt sind ferner die Untersuchungen über den Werth der Operationshandschuhe. H. führt daraus wörtlich das folgende Resumé an. „Wir kennen", sagt H., „kein Handschuhpräparat und werden wohl auch keines kennen lernen, das — für die operativen Zwecke angewendet — eine absolute Sicherheit gewährt und die Geschicklichkeit nicht hindert."

Die Operationshandschuhe haben zweifellos eine große Rolle gespielt, weil man bei dieser Gelegenheit den Händen die Aufmerksamkeit geschenkt hat mit einer Gründlichkeit, die bisher nie aufgeboten wurde. H. hält sie wegen ihrer Unzulänglichkeit und der Complication, die sie mit sich bringen, bis zu einem gewissen Grad für eine vorübergehende Erscheinung. Er muß es nach seinen Untersuchungen nicht nur für vortheilhafter in Hinsicht auf die Geschicklichkeit, sondern auch für sicherer halten, wenn ohne Handschuhe operirt wird, insofern der Operateur über eine ganz tadellos beschaffene Hand verfügt und die Reinigungs- und Desinfectionsmaßregeln nicht gedankenlos nach Vorschrift und Sanduhr vollzieht. Bei Händen nicht tadelloser Beschaffenheit aber ist der Operationshandschuh ein unentbehrliches Hilfsmittel, bis die kosmetische Pflege die Hände wieder „operationssaalfähig" gemacht hat; solche Hände spotten jeder mechanischen und chemischen Reinigung. Hier ist der Zwirnhandschuh ebenso nutzlos als gefährlich. Die Wahl liegt zwischen Leder- und Gummihandschuh; der letztere ist

dann vorzuziehen, wenn man eine gute Nummer besitzt (d. h. wenn die Hand den käuflichen Nummern paßt) und man sich mit guten Präparaten versorgen kann.“

Ein letzter wichtiger Abschnitt ist mit dem „Schwerpunkt der Händereinigungsfrage“ der Prophylaxis gewidmet. Von der Karenzzeit ist nicht viel zu halten; experimentell ist ihr Nutzen nicht feststellbar. Von größter Wichtigkeit ist dagegen, jede auf irgend eine Weise inficirte Hand sofort auf das sorgfältigste zu reinigen. Die Beschaffenheit der Handoberfläche ist der wichtigste Factor in der Möglichkeit der Händereinigung. Ein Antisepticum, das die Hände nicht angreift, wird es nie geben. Man soll nicht unnöthig oft und zwecklos seine Hand bearbeiten, vor allem aber dieselbe kosmetisch pflegen. Da hilft das Einreiben mit Lanolin — Wachs — oder anderen Salben unmittelbar nach Abschluß der operativen Thätigkeit, das Baden in Kleieninfusum, sehr viel zur Conservirung mit. Diese Kosmetik der Hand gehört für den Chirurgen gerade so sehr zum täglichen Pensum, wie das Aufziehen der Taschenuhr.

II. Medicin.

Ueber den Typhus abdominalis. Von Prof. Dr. Th. Rumpf. Eine anerkannte specifische Behandlung des Typhus existirt bis jetzt nicht. Die Versuche, mit abgetödteten Typhus- und Pyocyaneusculturen den Typhus zu behandeln, können schon aus dem Grunde nur als Versuche in neuer Richtung bezeichnet werden, weil die gesammten Bacillenleiber mit injicirt wurden. Auch die Versuche in verwandter Richtung mit Serum von Typhusreconvalescenten, mit Serum typhusimmunisirter Thiere die Erkrankung zu behandeln, können noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Die Möglichkeit, daß im Laufe der Zeit ein Enzym oder ein Antitoxin sich gewinnen läßt, welches die Entwicklung der Typhusbacillen im menschlichen Körper hemmt, oder die Typhustoxine bindet, wird aber nicht von der Hand zu weisen sein. Den Versuchen, durch Darmantisepsis die Entwicklung des Typhus zu hemmen, dürfte auch der theoretische Werth fehlen. Nur eine reichliche Entleerung des Darmkanals ganz im Beginn der Erkrankung durch Kalomel erfreut sich noch der Empfehlung einzelner hervorragender Kliniker. Die hervorragendste Rolle spielt die Allgemeinbehandlung mit dem Gesichtspunkt, Alles zu thun, was den günstigen Ablauf der Erkrankung unterstützen kann und alle Schädlichkeiten fern zu halten. Die Sorge für ein luftiges Zimmer, für eine entsprechende nicht zu schwere Bedeckung

im Bett, sorgfältige und schonende Reinigung der Haut und der zugänglichen Schleimhäute, eine ausgiebige, den Krankheitsveränderungen des Darmes Rechnung tragende Ernährung, eine hinreichende Zufuhr von Flüssigkeit, die Bekämpfung schädigender Temperaturerhöhung und der anschließenden Störungen, eine sorgfältige Behandlung etwaiger Complicationen können als die allgemein anerkannten Maßnahmen in der Behandlung des Typhus gelten. Der hochgradige Eiweißzerfall unter dem Einfluß des Fiebers und vielleicht auch toxischer Substanzen läßt sich durch die Ernährung nicht völlig ersetzen. Aber soweit es in dem individuellen Fall möglich ist, muß es geschehen; besonders aber hat man durch Zufuhr von Fett und Kohlehydraten zu sorgen, daß nicht mehr Eiweiß zerfällt, als durch die Krankheit und die Lebensprocesse des Erkrankten bedingt ist. Die Diät muß in Rücksicht auf den Darm eine flüssige sein; an erster Stelle kommt Milch (Sahne), Hafermehlsuppe mit oder ohne Milch, Griessuppe, Reissuppe, Sagosuppe mit oder ohne Fleischsaft oder lösliche Eiweißpräparate in Betracht. Eier werden in Suppe häufig gut vertragen, in anderen Fällen mit Cognac in der Stokes'schen Mixtur. Die flüssige Diät muß auch noch während der ersten sechs oder sieben fieberfreien Tage fortgesetzt werden; dann werden nach und nach Zwieback, Cakes, in der Folge Eier, geschabtes Fleisch, gebratenes Geflügel erlaubt. Aber jedes Recidiv muß alsbald zur flüssigen Diät zurückführen. Sehr wichtig ist auch eine hinreichende Zufuhr von Flüssigkeit. Zwei bis drei Liter pro Tag im Ganzen sind erwünscht. Oftmals tritt nur durch Verarmung des Körpers an Flüssigkeit bei den benommenen Kranken eine Verschlechterung auf, die durch einen kleinen Puls charakterisirt ist und durch reiche Zufuhr von Flüssigkeit per os oder subcutan gehoben wird. Eine der wesentlichsten Aufgaben bei der Behandlung des Typhus abdominalis fällt dem Arzt gegenüber dem Fieber zu. Die Gesichtspunkte, welche bei der Behandlung desselben in Betracht kommen, sind kürzlich von Liebermeister in eingehender Weise dargestellt worden. Jedenfalls dürfte es keinem Zweifel unterliegen, daß das Fieber und die mit demselben einhergehenden Veränderungen des Stoffwechsels die Fähigkeit des Körpers zur Eliminirung eingedrungener Schädlichkeiten steigern, wenn auch ein indirekter Einfluss der Temperaturerhöhung auf den Typhusbacillus fehlt. Aber das Fieber bringt gleichzeitig Gefahren für den Körper, deren Fernhaltung oder Einschränkung Aufgabe des Arztes ist. Es wird deshalb in jedem einzelnen Falle zu erwägen sein, inwieweit das Fieber zu bekämpfen ist. Daß eine große Zahl von Typhuskranken ohne Behandlung des Fiebers zu einem günstigen Ausgang gelangt, unterliegt keinem Zweifel.

Aber in einer großen Zahl von Fällen wird durch die Fieberbehandlung den Kranken ein wesentlicher Nutzen geſchaffen. An erster Stelle kommt die Behandlung mit kühlem oder kaltem Wasser in Betracht. Die früher viel geübte Behandlung mit antipyretiſchen Medicamenten ist im Ganzen verlassen, sie dürfte im Allgemeinen nur da in Betracht kommen, wo die Bäderbehandlung sich durch Complicationen verbietet. Chinin, Phenacetin, Antipyrin und das Lactophenin kommen am meisten in Betracht. — (Berl. klin. Wochenſchr. No. 24, 1900).

Zur Indicationslehre der Blinddarmentzündung. Von Dr. med. Emil Neuſtadt in München. (Wiener med. Wochenschrift.) Nach dem Referate Sonnenburg's über Perityphlitis auf dem vorletzten Chirurgencongresse in Berlin und der sich daran knüpfenden Debatte war offenbar die Meinung der Chirurgen in zwei Lager getheilt. Die einen entſchieden sich für Sonnenburg, welcher die Erkrankung vom Beginn an ad chirurgos verwiesen haben will, die anderen für Rotter, welcher einer vorsichtigen conservativen Behandlung das Wort redete und für den chirurgiſchen Eingriff bestimmte Indicationen, die er ſchon früher aufgestellt hat, vertheidigte.

Die Gegensätze in der Behandlungsweise der Blinddarmentzündungen geben sich ſchon in der von beiden Autoren aufgestellten Eintheilung kund.

Dörfler sagt (in der Münchn. Med. Wochenſch.): „So klar und einleuchtend uns die einzelnen Stadien der Blinddarmentzündung durch Sonnenburg in pathologiſch-anatomiſcher Hinsicht vor Augen gestellt worden sind, so ſchwierig ist trotz Sonnenburg die kliniſche Differenzirung bis heute am Krankenbette geblieben. Seine Eintheilung in eine Appendicitis catarrhalis simplex, Appendicitis perforativa suppurativa und Appendicitis gangraenosa (pathologiſch-anatomiſch wohlbegründet) hat uns am Krankenbette nicht befriedigt.“ Die Ursache aber für diese Verſchiedenheit wird uns nicht genannt. Rotter ſcheint sie hier jedoch richtig zu erkennen: „Die von Sonnenburg nach pathologiſch-anatomiſchen Gesichtspunkten geſchaffene Eintheilung deckt sich mit den kliniſchen Bildern nicht.“ Auch Sahli und H. Kümmel theilen die Ansicht Rotter's, und beide heben als wesentlichsten Einwand hervor, daß Fälle ohne Perforation ungünstig verlaufen können, dagegen zahlreiche Fälle von Perforation infolge der raſchen Abkapselung spontan sehr günstig verlaufen.

Ja noch mehr, Rotter hat gezeigt, daß Fälle mit einem stürmiſchen Anfang, Schüttelfrost und hohem Fieber ſchnell und raſch zur Genesung gelangen, anstatt den ſchweren Verlauf einer Appendicitis perforativa zu zeigen; umgekehrt hat

er gefunden, „daß Fälle mit ganz leichtem Beginne und harmlosem Verlaufe zur schnellen Abscedirung geführt haben. Fälle, welche nach Sonnenburg's Definition der Appendicitis simplex eingereiht werden müßten". So suchte Rotter, indem er sich die von Sahli und H. Kümmel gestellten Anforderungen zu Nutze machte, nach einer neuen Norm zur Classificirung der Perityphlitiden und fand diese in dem jeweiligen Fieberverlaufe. Er kam so zu seiner Eintheilung in eine circumscripte und diffuse Perityphlitis. Diese Eintheilung wurde von einer großen Zahl von Forschern angenommen, und auch Tillmann nennt sie „zweckmässiger" als die Eintheilung Sonnenburg's. Nun giebt zwar Sonnenburg zu, daß im allgemeinen baldige und bedeutende Steigerungen der Temperatur und stark beschleunigter Puls für eine heftige Entzündung und für die Neigung zu früher Perforation oder Gangrän sprechen, leugnet aber, daß Temperaturerniedrigungen und eine Pulsverlangsamung mit baldiger Ulceration, Perforation und schweren Complicationen nicht unvereinbar sind. Diese letzteren Ausnahmsfälle sollen nicht in Abrede gestellt werden, jedoch sie sind als solche leicht zu erkennen, wenn vor allem andere Zeichen einer diffusen Peritonitis auftreten, besonders am Puls.

Endlich ist zu bedenken, daß Rotter von einem Fieberverlauf spricht und nicht von einer Temperaturerniedrigung. Daß wir aber aus Temperaturcurven den Krankheitsverlauf ablesen können, wird wohl heute Niemand mehr bezweifeln. Denn, um nur ein Beispiel für viele anzuführen, die Temperaturcurven sind es, die uns bei Typhus abdominalis das Bild der im Darme sich abspielenden Processe zumeist geben.

Sonnenburg erklärt, die Krankheit selbst nur durch einen operativen Eingriff und mit Entfernung des Wurmfortsatzes heilen zu können. Rotter hat dagegen an einem einwandfreien Materiale nachgewiesen, daß in 84 pCt. aller circumscripten Appendicitiden Spontanheilung eintritt.

Solche Zahlen, hätte man glauben können, hätten zu einer Einschränkung der Indicationen Sonnenburg's und seiner Anhänger für den chirurgischen Eingriff geführt und einer vorsichtigen conservativen Behandlungsweise das Wort geredet. Wie es sich aber auf dem Chirurgencongresse gezeigt hat, können Sonnenburg und seine Anhänger heute gar nicht mehr früh genug operiren, indem sie von der Anschauung ausgehen, daß im acuten Anfalle regelmäßig schon 24 Stunden nach Beginn desselben immer Eiter vorhanden sei, und sie so nur einem fundamentalen Grundsatze der Chirurgie Folge leisten. Nun schätzte Gerhardt diejenigen Fälle, bei welchen Abscedirung mit der Nothwendigkeit chirurgischer Intervention auftritt, auf 10 pCt. der Gesammtheit, Rotter, welcher noch jene Appendicitiden in Betracht

zieht, die zu einer diffusen Peritonitis geführt haben, auf 16 pCt.

Sahli hat gemeint, daß bei jeder Form von Blinddarmentzündung im Tumor ein eifriger Kern sitze. Diese Ansicht, die Sonnenburg mit Recht als irrthümlich bezeichnet, wird heute wohl überhaupt nicht mehr aufrecht zu halten sein.

Bei den während des ganzen Verlaufes fieberfreien Fällen wird es wohl in der Mehrzahl nur zu einer serösen Exsudation kommen. Geschieht die Resorption aber nicht sehr rasch, d. h. vor 24 Stunden, oder dauert die Attaque zu lange Zeit, so kommt es zu einer Infection, die wohl durch die unmittelbare Nähe der Darmschlingen außer Zweifel sein kann.

Die afebrilen Fälle, die meist der leichten und leichtesten Form der Appendicitis angehören, behandelt wohl der größte Theil der Aerzte nach der bis jetzt üblichen conservativen Methode. Wenn aber die circumscripte Perityphlitis mit Fieber beginnt, soll auch dann wenigstens drei Tage in der üblichen Weise intern behandelt werden. Mit einer präcisen Zeitangabe, wie lange ohne Gefahr für das Leben des Patienten intern behandelt werden darf, wird man sich nicht befreunden können. Der Arzt soll vor allem erkennen, welchen Verlauf die Perityphlitis nehmen wird, und von diesem Urtheile wird sein Handeln abhängen. Zu dieser Erkenntniß, zu welcher er durch den Fieberverlauf und durch das Verhalten des Pulses gelangt, kann man bei einer dreitägigen Beobachtung kommen, manchmal jedoch früher, manchmal später. Die Medicin ist eben kein Handwerk, in welchem man ein Schema für alle Fälle aufstellen kann, und auch hier gilt der Satz: „Die Erfahrung ist des Arztes höchstes Gut". Je mehr Fälle dieser Art man gesehen und beobachtet hat, desto größere Sicherheit wird man in der Bestimmung des Zeitpunktes der Operation erlangen. Im allgemeinen räth Rotter, wenn nach dem dritten Krankheitstage trotz regelrechter interner Behandlung das Fieber keine Tendenz hat herunterzugehen oder gar noch höher steigt, dann soll man mit der Operation nicht zögern. Ad. Schmidt nennt dies in seiner neuesten Arbeit in der Münchener Med. Wochenschrift (Nr. 12) die „bedingte (relative) Indication zur Operation der Blinddarmentzündung".

Die diffuse Perityphlitis giebt uns freilich strengere Indicationen. Hier wird die Versäumung des richtigen Zeitpunktes in vielen Fällen für den Patienten direkt tödtlich sein, in manchen Fällen wird freilich auch das schnellste Eingreifen nicht retten. Hier tritt die unbedingte (absolute) Indication zur Operation ein.

Die Prognose der diffusen Perityphlitis hängt ab erstens

von der Virulenz der Infection, beziehungsweise von der Ausbreitung des Prozesses, beziehungsweise von der Neigung, sich in einzelnen Herden abzukapseln. Um die Prognose der diffusen Perityphlitis richtig stellen zu können, ist es aber vor allem nöthig, sich die Frage vorzulegen: Wie entsteht denn bei der Appendicitis die diffuse Peritonitis? Rotter giebt zwei Wege an: „In der Art der progredienten diffusen Peritonitis, wobei sich die Verklebungen der Darmschlingen immer weiter vorschieben, entweder mehr allmählich oder, wie sehr häufig, mehr ruckweise. Die zweite Art ist, indem durch Perforation eines vorher geschlossenen Abscesses infectiöser Inhalt in die freie Bauchhöhle geschleudert wird."

Die erstere diffuse Form entspricht dann in ihrem pathologischen Verhalten der progredient fibrinös-eitrigen Form, die Mikulicz zuerst genauer beschrieben hat. Diese kann in der That ausheilen, so daß man an den typischen Orten den Eiter mit Ruhe entleeren kann. Aber mit Recht sagt Schmitt in seiner erwähnten Arbeit: „Wer kann und darf die Verantwortung auf sich nehmen, zu warten, ob der glückliche Zufall eintritt, daß keine diffuse, sondern die erwähnte Form der Peritonitis entsteht?"

In allen diesen Fällen ist also, nachdem sich die einzelnen Herde abgesackt haben, die circumscripte Appendicitis das Endresultat der diffusen Peritonitis.

Wenn aber umgekehrt aus dem abgekapselten Abscesse eine diffuse Peritonitis hervorgeht, so giebt es gerade hierbei Fälle, die unserer Methode zur Last gelegt werden.

Thatsache ist, daß es Fälle von circumscripter Appendicitis giebt, die durch zu langes Aufschieben der Operation die diffuse Form annehmen und dann verloren sind. Auch Rotter hat einen solchen Fall zu verzeichnen. Aber es ist ganz sicher anzunehmen, daß bei genauer und präciser Beobachtung solche Fälle vermieden werden können.

Auch Burckhardt und Sahli heben für solche Fälle den Werth des Gesammteindruckes des Patienten hervor, während Rotter glaubt, daß dieser objektiv vor allem durch das Verhalten des Pulses und der Temperatur bedingt wird.

Eine solche Wendung zur schlimmeren Form kann ferner durch zwei Umstände bedingt werden:

1. durch Anwendung von Abführmitteln,
2. durch Mangel an Bettruhe von Seite des Patienten.

Das erstere braucht nicht weiter bewiesen zu werden. Zahlreiche Krankengeschichten bei Blinddarmentzündung und die interne Behandlung, die sich vor allem auf Ruhigstellung und möglichst rasche Entleerung des Darmes beschränkt, beweisen dies zur Genüge.

Nicht so einfach ist der zweite Punkt. Die strenge

Bettruhe wird von den Patienten nicht genügend eingehalten, indem sie vor allem das Closet aufsuchen, ferner indem sie aus dem Bette steigen oder gehoben werden, damit das Bett besser gemacht werden könne, endlich durch den unvorsichtigen Transport solcher Kranker. N. erinnert sich eines Patienten aus dem neueren Krankenmaterial des St. Hedwig-Krankenhauses, bei dem draussen eine Perityphlitis circumscripta diagnosticirt worden war und der bald nach seiner Einlieferung diffuse Erscheinungen bot.

Daß durch zu gründliche Desinfection vor der Operation der gleiche Mißerfolg erzielt werden kann, braucht nicht weiter hervorgehoben zu werden.

Diese schweren Fälle von diffuser Peritonitis kennzeichnen sich noch durch andere Symptome: das schwer geschädigte Allgemeinbefinden, verfallene Gesichtszüge, den gefürchteten Peritonitispuls, der vor allem der Spannung entbehrt, oft durch geringes Fieber im Verhältniß zum Puls und unter Umständen subnormale Temperatur.

Gerade das Mißverhältniß zwischen Frequenz und Beschaffenheit des Pulses einerseits und der niederen Temperatur andererseits scheint ein wichtiges Merkmal zu sein. N. glaubt, daß es sicher gelingen würde, an einem großen Material ein gewißes Zahlenverhältniß zwischen Puls und Temperatur festzustellen; sind dann die Grenzen überschritten, so ist dies eben auf toxische Wirkungen zu beziehen.

Für alle diese Fälle von diffuser Perityphlitis gilt die absolute Indication, frühzeitig einzugreifen, wenngleich oft das Allgemeinbefinden des Patienten schon große Schwierigkeiten entgegensetzt. Aber wenn wir auch zugeben, daß die Eröffnung des Peritoneums heute keine sehr gefährliche Operation mehr ist — und Mikulicz bespricht auch in dem neuen Handbuch der Chirurgie die Toleranz des Peritoneums — so soll man doch auch nicht mehr operiren, als dringend nöthig erscheint. „Denn", sagt Schmitt sehr richtig, „es bleibt immer eine Laparotomie".

Bei der Blinddarmtherapie ist es eben gegangen, wie so oft in der Medicin: vom Nihilismus ist man zum Radicalismus übergegangen, so daß ein amerikanischer Arzt allen Ernstes einmal vorschlug, jedem Kinde bald nach seiner Geburt den Appendix zu exstirpiren.

Neueres zur Behandlung des chronischen Morphinismus. Von Privatdocent Dr. H. Kionka. (Die Therapie der Gegenwart, Heft 4, 1900.) Während Erlenmeyer bei der Behandlung der Morphiumsucht für schnelle Entziehung innerhalb weniger Tage in einer geschlossenen Anstalt eintritt, glaubt Hirt plötzliche Entziehungs-

curen auch außerhalb der Anstalt, sofern nur zuverlässiges, am besten weibliches Wartepersonal zur Verfügung ist, erfolgreich durchführen zu können. Während der ersten Abstinenztage läßt er zur Verringerung der Qualen, welche die tiefe psychische Depression, die Schlaflosigkeit und die lästigen Schleimhautcatarrhe herbeiführen, künstlich Schlaf erzeugen, und zwar am ersten und zweiten Tage durch je 3—4 g Chloralhydrat, am dritten und vierten Tage durch je 3—4 g Trional. Wird der Schlaf unruhig, so wird sofort ein warmes Bad von 27 bis 28° R während 30 Minuten verabfolgt mit nachfolgender kühler Uebergießung des Nackens und Rückens. Am vierten oder fünften Tage beginnt dann die eigentliche Behandlung des Morphinisten mittels Hypnose oder besser mit der systematischen Suggestionstherapie, indem dem Patienten die Gefährlichkeit des Morphiums beigebracht und allmählich der Abscheu und die Angst vor diesem Gifte in ihm erweckt wird. Die Behandlung ist lange Zeit fortzusetzen. — Nach Hirt sollen also die Abstinenzerscheinungen durch Chloralhydrat und Trional hintangehalten werden. Dieses Bestreben, das Morphium durch andere Medicamente zu substituiren, ist sehr alt, und die verschiedensten Ersatzmittel sind bereits versucht worden. Neuerdings wird das Bromnatrium wieder empfohlen, welches man in Dosen von 2—3 g, acht Mal täglich, abwechselnd mit kleinen Morphiuminjectionen, die dann allmählich weggelassen werden, verabreicht, bis auch dieses entzogen werden kann. Von Cocaïn und von starken Alkoholicis ist man wohl allgemein wieder abgekommen; ebenso hat sich Atropin nicht bewährt. Das Opium und dessen Präparate, Codein etc. scheinen keine hervorragenden Erfolge aufzuweisen zu haben. Seit einiger Zeit wird das Dionin zu dem gedachten Zwecke gebraucht. Auf Dionin tritt keine Euphorie ein, sondern man beobachtet nur ein allmähliches Abklingen der Abstinenzerscheinungen. — Kionka beleuchtet zum Schluß die von der Zukunft erhoffte specifische Behandlung des Morphinismus. Bekanntlich nahm man an, daß sich nach Morphiumdarreichung im Organismus Oxydimorphin bilde und daß die Abstinenzerscheinungen Folgen einer Oxydimorphinvergiftung seien. Das Antidot des Oxydimorphin sei eben das Morphin, und so glaubte man, könne es auch andere Körper geben, welche, ohne die schädlichen Wirkungen des Morphins zu besitzen, die Oxydimorphinwirkung im Organismus zu bekämpfen vermöchten. Diese Theorie hat sich aber als irrig erwiesen, denn der als Oxydimorphin angesprochene, aus Darmtractus und Leber isolirte Körper hat sich nach neueren Untersuchungen nur als verändertes Morphium erwiesen.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber neuere Fortschritte in der Skoliosenbehandlung berichtet Hoffa. Er theilt sehr praktische und darum beherzigenswerthe Winke über die Art und Weise der Gymnastik mit, durch welche die Rückenmuskeln gestärkt und die starre skoliotische Wirbelsäule beweglich gemacht werden soll. Neben der allgemeinen Gymnastik (active Uebungen des Kopfes, des Rumpfes und der Extremitäten) sorgt die „specielle Gymnastik" für die Kräftigung der Rückenmuskeln. Im Anschlusse an die Massage der Rückenmuskulatur läßt man die Patienten mit unbekleidetem Rücken Uebungen ausführen, welche zuerst den Zweck haben, daß der Rumpf soviel als möglich („in der denkbar besten Haltung") gestreckt wird. Auf Commando wird diese Streckung des Rückens vollzogen, während die Hände sich in den Hüften feststemmen. Allmählich lernt der Patient, sich immer besser zu strecken. so daß er selbst, wie die Photogramme zeigen, eine Skoliose fast völlig auszugleichen vermag. Um die Wirkung der Uebung noch zu erhöhen, wird sie dann als Widerstandsbewegung, bei Druck mit der Hand auf den Kopf, ausgeführt, auch folgen Rumpfbeugungen mit geradem Rücken und Schwimmübungen in Rumpfbeugehaltung.

Nach den Streckübungen beginnen die eigentlichen activen Redressionsübungen. Bei der gewöhnlichen habituellen rechtsconvexen Dorsal- und linksconvexen Lendenskoliose stemmt Patient die linke Hand fest in die Hüfte, während die rechte unterhalb der Schulterblattspitze auf dem Rippenbuckel zu liegen kommt. Während die Streckung des Rückens ausgeführt wird, drückt die linke Hand die vorstehende linke Hüfte, die rechte Hand den Rippenbuckel nach innen. Dadurch werden selbst erhebliche Skoliosen ausgeglichen.

Weitere Uebungen haben den Zweck, die Lendenkrümmung, dann die Brustkrümmung und schließlich beide zusammen aktiv zu corrigiren bez. überzucorrigiren. Zur Correctur der Lendenskoliose (linksconv.) wird bei gestrecktem Rumpfe das Becken rechts dadurch gesenkt und die Lendenwirbelsäule nach rechts gekrümmt, daß das rechte Bein nach vorne gestellt wird. Die Umkrümmung der Brustskoliose (rechtsconv.) wird so geübt, daß Patient die linke Hand auf den Kopf legt, die rechte an den Rippenbuckel stemmt und sich auf Kommando streckt. Werden beide Uebungen mit einander verbunden und exakt vor dem Arzte ausgeführt, dann kommt eine vollständige Umkrümmung der Skoliose zu Stande und man erreicht mit der Zeit eine bedeutende Besserung derselben.

Stützapparate, um das erreichte Resultat der gymnastischen Behandlung festzustellen, sind nicht zu entbehren. Ein gut sitzendes Corset verbindet Hoffa mit einer Redressionsvorrichtung (s. Orig.), welche jedoch nur bei exakter Beckenfixirung wirken kann.

Die active Gymnastik kann auch mit Hilfe eines sehr einfach construirten Apparates ausgeführt werden.

(Ztschr. f. orthop. Chrg. Bd. VII. S. 538.)

Zur Therapie der Verbrennungen 2. Grades. Von E. Wein. (Pester med.-chir. Presse No. 12, 1900.) Bei sämmtlichen bisher bekannten Behandlungsarten der Brandwunden hat der Kranke unverhältnißmäßig viel und lange zu leiden. Oft ist die Heilung auch nicht tadellos. Der Verlauf kann aber viel besser gestaltet werden, wenn — ebenso wie bei der Heilung unter dem feuchten Blutschorf — die durch die Verwundung gesetzte Exsudation und Transsudation rationell benutzt wird. Im Anfang ist die Transsudation serös, später transsudirt immer mehr und mehr fibrinhaltiges Serum. Wenn man nun unter aseptischen Cautelen einerseits das Serum ableitet und es andererseits gelingt, den plastischen Theil des Transsudates auf der Wunde zurückzuhalten, dann entstehen ungestörte Ernährungsverhältnisse und die Wunde ist überall durch eine gut haftende und angepaßte, immobile, dichte Decke geschützt. Trägt man auch dafür Sorge, daß diese Decke nicht austrocknet, sondern weich und plastisch bleibt, so erfolgt die Heilung ungestört und schmerzlos. Der Vorgang W.'s Behandlung ist folgender: Nach sorgfältiger Reinigung und Desinfection werden die von Epidermis bedeckten Stellen mit 1 proct. Sublimat-Benzoëtinctur eingepinselt, die Brandblasen mittels Scheere sorgfältig abgetragen, die Epidermisfetzen überall entfernt und von der so vollständig entblößten Coriumoberfläche schonend alles weggewischt. Nun wird die Wundfläche mit $^1/_2{}^0/_{00}$ Sublimatlösung abgespült, mit dünnstem Kautschukpapierstreifen bedeckt und ein trockener Verband angelegt. Wenn man nun nach 5—6 Tagen den Verband entfernt, findet man die Wunde immer von einer, den Abdruck des Kautschukpapiers zeigenden, glatten, 1 mm dicken, aus fibrinhaltigem Serumgerinnsel bestehenden, plastischen, leicht entfernbaren Membran bedeckt, unter welchem die Epithelbildung ohne Narbenbildung vollständig beendet ist.

Die Impferkrankungen des Auges. Von Prof. Otto Schirmer in Greifswald. (Sammlung von zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, Bd. 3, Heft 5.) Sch. schildert ausführlich die durch directe Infection mit Vaccine hervorgerufenen Augenerkrankungen.

auf Grund von eigenen Beobachtungen sowie der in der Litteratur niedergelegten Befunde. Die Erkrankung kann sich am Auge auf den Lidern, auf der Bindehaut localisiren; und zwar localisirt sich die Erkrankung am häufigsten primär auf den Lidern; unter 47 Fällen war nämlich nur 1 mal die Hornhaut und 3 mal die Conjunctiva der primäre Sitz der Krankheit. Bei Erkrankung der Lider und der Conjunctiva kann natürlich die Cornea secundär in Mitleidenschaft gezogen werden. So lange dieses nicht der Fall ist, kann die Vaccinolaerkrankung als ungefährlich bezeichnet werden und heilt unter indifferenter Behandlung in etwa 14 Tagen ab. Wird die Hornhaut secundär ergriffen, so wird die Functionsfähigkeit des Auges mehr oder weniger beeinträchtigt. Die häufigeren Hornhautcomplicationen sind Infiltrate und Geschwüre; ihre Prognose ist im Allgemeinen gut; hier handelt es sich nach Sch. wohl um oberflächliche Epitheldefecte, die nicht durch das Vaccinevirus, sondern durch die gewöhnlich im entzündeten Conjunctivalsack stets reichlich verhandenen Eitererreger inficirt wurden. Außerdem giebt es noch eine zweite Form der Hornhauterkrankung bei der Vaccineinfection, nämlich die Keratitis profunda postvaccinolosa, eine parenchymatöre Entzündung, welche erst auftritt, nachdem die Lidvaccinola ihren Höhepunkt überschritten hat und die Geschwüre zu vernarben beginnen. Die Iris betheiligt sich regelmäßig an der Entzündung. Sch. ist auf Grund seiner eigenen Beobachtung der Ansicht, daß diese Keratitis profunda durch ectogene Infection von der Oberfläche her entsteht.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Die Gefahren der Scheidenirrigation. Von Dr. A. Theilhaber (München). Im Anschlusse an die Mittheilung mehrerer selbst beobachteter und weiterer, aus der Literatur zusammengestellter Fälle von Schädigungen der Patientinnen durch die Scheidenirrigation, präcisirt Th. folgende Punkte:

Bei sensiblen Frauen kann der Reiz der zu kalten oder zu heißen Flüssigkeiten zu Erscheinungen von Shock, Ohnmacht, Frost, Erbrechen etc., doch wohl niemals zu ernster Erkrankung geben.

Bei acuter Reizung des Peritoneums kann die Ausdehnung der Vagina während der Irrigation (namentlich bei engem Vaginalostium und hohem Drucke der Flüssigkeit) eine Verschlimmerung der Peritonitis hervorrufen.

In sehr seltenen Fällen kann es zum Eindringen von Flüssigkeiten in offene Venen kommen (Ein Fall von Ca. vag.)

Am bedenklichsten können die Folgen werden, wenn das Rohr des Irrigators durch den offenen Muttermund in den unteren Theil der Cervix gelangt. Meist wird dann durch die große Olive des Rohres der Rücklauf der Flüssigkeit gehemmt. Die Folge ist dann nicht selten eine ballonartige Dilatation der Uterushöhle. Wenn die unter hohem Drucke injicirte Flüssigkeit eine hochgradige Ausdehnung der Uterushöhle erzeugt hat, so ist es leicht verständlich, wenn Erbrechen und starke Schmerzen danach auftreten.

Selten mag es sich wohl um Eindringen der injicirten Flüssigkeit in die Tuben und durch diese in die Bauchhöhle handeln.

Eine weitere Schädigung, die durch vaginale Irrigationen veranlaßt werden kann, ist die Begünstigung des Ascendirens der Gonorrhoe durch Hinaufspülung des bacillenhaltigen Eiters.

Um diese Gefahren zu verhindern, werden als Vorsichtsmaßregeln empfohlen: Die Anwendung eines Irrigators statt der Klysopompe, der Ballonspritze etc., die Vermeidung hohen Druckes, vor allem namentlich bei Frauen mit weitem Muttermund (kurz nach dem Puerperium), die Beschaffung eines geeigneten Mutterrohres. Th. giebt ein Rohr an, dessen Olive an ihrem dicken peripheren Ende keine Oeffnung zeigt; hinter der Olive sind am schmäleren Halse derselben mehrere Oeffnungen angebracht. Hierdurch ist ein Einströmen von Flüssigkeit in die Cervix verhindert.

Ein Vaginalrohr, das eine einzige große Oeffnung an der Olive trägt, sei bei Ausspülungen, die der Arzt selbst vornimmt, sehr empfehlenswerth, dagegen sollte es zur Selbstbehandlung den Patientinnen niemals in die Hand gegeben werden. — (Münchener Medicinische Wochenschrift No. 24, 19.)

Ueber Nahrungspausen bei der Säuglingsernährung. Von Arthur Keller. (Centralblatt f. innere Medicin, 1900, 16.) Diese Frage wird von den Kinderärzten bekanntlich in sehr verschiedener Weise beantwortet. Unzweifelhaft steht fest, daß eine häufige Fütterung (in zweistündlichen oder kürzeren Pausen) oft genug Ursache von Magen-Darmerkrankungen und ihren Folgeerscheinungen ist selbst unter den günstigsten Bedingungen betreffs Art der Nahrung, Pflege des Kindes usw. Der unruhige, leicht unterbrochene Schlaf verleitet oft genug dazu, dem Kinde, in dem Wahne, daß es hungere, häufig Nahrung zu reichen. Auch Aerzte gehen von der Meinung aus, daß es beim Bestehen von schweren Magen-Darmerkrankungen nur durch $^1/_2$stündliche Intervalle gelingt, dem kranken Kinde bei seinem geringen Nahrungsbedürfniß genügend Nahrung zuzuführen.

Auf der Breslauer Klinik erhalten gesunde wie kranke Säuglinge niemals mehr als 5 Mahlzeiten in 24 Stunden. Auf diese Verordnung führt K. nicht zum wenigsten die Ernährungserfolge zurück. Ihrer Durchführung steht die andauernde Unruhe der Kinder nicht entgegen. Die Kinder sind nur in den ersten Tagen nach der Aufnahme in die Anstalt unruhig und schreien ev. viel, bald aber gewöhnen sie sich an das neue Regime. Gegen kurze Nahrungspausen sprechen auch die Resultate von Czerny's Untersuchungen an gesunden und kranken Säuglingen. In Findelhäusern etc. kamen bei Ernährung sämmtlicher Säuglinge in kurzen Nahrungspausen bedeutend mehr Erkrankungen vor, als bei geringerer Anzahl der Mahlzeiten pro Tag. Einschränkung der Mahlzeitenzahl genügt oft, um die Symptome einer Magendarmstörung zum Verschwinden zu bringen. Daß ein Kind bereits kurze Zeit nach einer Nahrungsaufnahme angebotene Milch wieder trinkt, ist kein Beweis für das Nahrungsbedürfniß. Da der gesunde Magen eines Brustkindes in $1^1/_2$ bis 2 Std. nach der Nahrungsaufnahme entleert wird und nach $^5/_4$ Stdn. freie HCl enthält, bei Kuhmilchernährung 3 resp. 2 Stdn. erforderlich sind, verlangt C. als Minimum der Pausen bei ersterem 3, bei künstlich genährtem Kinde mindestens 4 Stdn. Bei beständiger Belastung des Magens nimmt die HCl-Secretion, sowie die motorische Function auch beim gesunden Kinde ab. Beim kranken sind selbst 4—5 Stdn. nach der Mahlzeit noch Nahrungsreste im Magen, fehlt freie HCl. Die Zeit, während welcher der Magen leer ist, erscheint nothwendig zur Erhaltung der motorischen und sekretorischen Funktion des Magens auf normaler Höhe.

K. liefert einen Beitrag zu der Frage, wie die Verdauung und Ausnutzung der Milch beim kranken Säugling geändert wird, wenn 2 Stdn. nach der Mahlzeit in dem noch vollen Magen, welchem freie HCl fehlt, neue Nahrung eingeführt wird, durch einige Stoffwechselversuche an kranken Säuglingen. In der Nahrung, im Harn und Koth wurde N und P_2O_5 bestimmt und so Zahlen erhalten, welche für die Charakteristik des Eiweißstoffwechsels ausreichend sind. Da unter dem Einfluß der 2stündlichen Ernährung die Symptome von Seiten des Magen-Darmtractus und das Verhalten des Körpergewichts eine Verschlimmerung der Ernährungsstörungen anzeigten, war die Ausdehnung des Versuches, dieselbe Nahrung in gleicher Menge in 4stündlichen Pausen zuzuführen, ausgeschlossen. Zum Vergleich mußten also die Resultate der an anderen gleichaltrigen kranken Kindern bei derselben Ernährung durchgeführten Versuche herangezogen werden. Gleichviel ob wir einen Säugling in 4- oder 2stündlichen Pausen ernähren, die Resorption und Retention von Stickstoff und Phosphor, also die Ausnutzung der Eiweiß-

körper wird durch die längere Dauer der Intervalle nicht beeinflußt. Daraus ist also die Frage, wie oft ein Kind Nahrung erhalten soll, nicht zu entscheiden. Die Schädlichkeiten einer 2stündlichen Ernährung sind offenbar in anderer Richtung zu suchen.

(Der Kinderarzt.)

Die Häufigkeit der Zahncaries bei Kindern und deren Bekämpfung. Von Berger. (Arch. für Kinderheilk. 28. Bd. 5. u. VI. Heft.) Während wir wissen, daß gesunde Zähne und intacte Mundhöhlen einen Schutz bieten gegen infektiöse Krankheiten, kann man aus den Statistiken nachweisen, daß die Zahncaries des Kindes und im Allgemeinen der Menschheit von Tag zu Tag größere Dimensionen annimmt. Nach Römer ist die Caries der Zähne, die verbreitetste Erkrankung und geht mit dem Fortschritt der Kultur und der Verfeinerung der Speisebereitung analog. In der Schweiz fand man 1891 bei Kindern von 7—14 J. das Gebiß in 94,2 Proc. cariös; in Schweden in 97,27 Proc.; in England und Schottland in 76,78—87,3 Proc. in Hamburg in 96,25—98,5 Proc.; in Würzburg in 81,3 bis 84,6 Proc.; in Kaiserslautern in 99,05 Proc.; in Freiburg und Thüringen in 98,35—79 Proc.; in Schleswig-Holstein 95 Proc.; in Finnland 90 bis 95 Proc.; in Ungarn 87,2 Proc.

Aus Untersuchungen Röse's erhellt, daß an kalkarmem Boden die Cariesfrequenz viel größer ist, als auf kalkreichem. An solchen Orten, wo man die Speisen weich kocht, wo man das weiche, klebrige Weizenbrod genießt, ist die Cariesfrequenz (München) größer als dort, wo man das harte, zähe Roggenbrod isst.

Je gesünder das Individuum, um so weniger Cariesfrequenz. Die Frage, wie sich Caries entwickelt, ist noch nicht mit voller Sicherheit zu beantworten. Augenblicklich nimmt man chemisch-parasitäre Noxen an: die Schmelzsubstanz soll durch die in statu nascendi ausgeschiedene Milchsäure angegriffen und delcalcinirt werden. Zur Entstehung von Milchsäure ist durch Gährung aus den Kohlehydraten reichlich Gelegenheit vorhanden. Durch die ihrer Schmelzsubstanz beraubten Stellen dringen die in der Mundhöhle anwesenden Bakterien in die Dentinkanälchen ein und zerstören diese.

Der Zahn wird gegen die Destruction durch die Schmelzsubstanz geschützt; je dicker und stärker diese ist, um so widerstandsfähiger ist er. Die stärkere Entwicklung der Schmelzsubstanz geht aber in der Regel proportional der stärkeren Entwickelung der Zähne und Knochen. Bei rachitischen Kindern ist die Schmelzsubstanz fehlerhaft, schwächer und so sind diese Kinder für Caries empfänglicher.

Eine Prophylaxe kann schon während des Uterinlebens beginnen. Die Mutter muß sich während der Schwangerschaft mit reichlich eiweißhaltigen Stoffen, Gemüsen und viel Milch ernähren, in der Absicht, die Knochenbildung des Kindes zu verbessern. Nach der Geburt soll der Säugling mit guter Milch ernährt werden; dies ist besonders bei den ärmeren Volksschichten wichtig, wo die Ernährung der Mutter auch sonst schlecht ist. Man muß gleichzeitig die Mundhöhle reinhalten; zu diesem Zwecke wäscht man sie mit einem in schwaches Natr. bicarb. getauchten, weichen, reinen Leinwandläppchen aus. Man entwöhne das Kind im 9.—10. Monate von der Mutterbrust und gewöhne das Kind langsam an festere Kost.

Man übe die Kinder auf energisches Zerkauen ein, damit der sich schon bildende permanente Zahn kräftiger und blutreicher werde. Wenn die Zähne schwach sind, ist die Darreichung von Phosphor und Eisenpräparaten empfehlenswerth. Nothwendig ist auch, dem Kinde spielend den Gebrauch der Zahnbürste anzugewöhnen. Im Handel befindliche Mundpasten und Mundwässer lasse man nie gebrauchen; viel zweckmäßiger ist es, daß der Arzt selbst ein indifferentes Mundwasser oder Zahnpulver empfiehlt. Das Zahnpulver muß alkalisch sein, nicht zu hart, damit die Schmelzsubstanz nicht abgewetzt werde. Das Beste ist hier Calc. carbon. praecip. mit Seife und irgend ein ätherisches Oel darin. Das Mundwasser bestehe aus Alkohol, Zinkchloral, Thymol oder aus anderen neutralen Antisepticis.

Sind Milchzähne cariös geworden, so behandle man sie conservativ; zeitliche Extraction muß man vermeiden. Bei der zweiten Dentition achte man darauf, daß die Milchzähne nicht allzulange in dem Kiefer bleiben, sonst wachsen die permanenten Zähne unregelmäßig und werden dadurch leichter cariös; abgesehen davon, daß überdies die Zähne zusammengedrängt und unschön werden, leidet dabei auch die Articulation.

Verschiedenes.

Unfall eines Arbeiters auf dem Heimweg als Unfall „beim Betrieb". Bei den Wegen des Arbeiters von seiner außerhalb des Betriebsterrains befindlichen Wohnung zur Betriebsstätte und von dieser zur Wohnung muß die Eigenwirthschaftssphäre des Arbeiters in Gegensatz zur Betriebssphäre gesetzt werden. Diese Wege können nicht deshalb, weil sie im weiteren Sinne die Betriebsthätigkeit ermöglichen, für Vorgänge des Betriebes erachtet werden. Sie sind vielmehr als Handlungen, die nur zu dem Zwecke erfolgen, um erst zu dem Betriebe zu gelangen und nach Beendigung desselben ins Privatleben zurückzukehren, keine Betriebsvorgänge. Unfälle, die den Arbeiter auf jenen Wegen betreffen, werden auch nicht dadurch zu Betriebsunfällen, daß

er — sei es mit oder ohne Auftrag seines Arbeitsgebers — ein Stück Werkzeug auf dem Wege mit sich trägt.

Das ist der vom Reichsversicherungsamt eingehaltene Standpunkt. Im Interesse der gleichheitlichen Durchführung der socialen Reichsgesetze ist es bedauerlich, daß die Recursinstanzen auch in Fragen von so principieller Wichtigkeit sich nicht einigen. Wir bringen im Nachstehenden die Gründe einer Entscheidung des Kgl. bayerischen Landesversicherungsamtes (15. IV. 1900 No. 3586,342), aus der hervorgeht, daß nicht nur dem Tragen des Werkzeuges, sondern auch der durch die vorhergangene Arbeit verursachten Ermüdung wesentliche Bedeutung beigelegt wird.

Eine Vermeidung solcher Recursungleichheiten wäre nur dann zu erwarten, wenn man im weiteren Ausbau des Gedankens, der zur Errichtung territorialer Schiedsgerichte geführt hat, auch territoriale Recursinstanzen bilden würde, die dann insgesammt dem Reichsversicherungsamt (als Revisionsnistanz und oberster Aufsichtsbehörde) zu unterstellen wären.

Die Begründung zu der die Berufsgenossenschaft zur Schadloshaltung des Verletzten verurtheilenden Entscheidung lautet:

Maurer A. Sch. hatte nach Bestätigung seines Arbeitsgebers in der Woche vom 14.—20. Mai 1899 bei einem Neubau in L. mitgearbeitet. Am Sonntag, den 20. Mai 1899 war die Arbeit beendet, und ging Sch. in Begleitung seines Arbeitgebers nach W., welche Ortschaft von L. eine Stunde entfernt isi, nach Hause. Weil nächste Woche an einer anderen Betriebsstätte gearbeitet werden sollte, mußte Sch. seine Arbeitsgeräthe, deren er zum Betrieb und zur Ausführung der Maurerarbeiten in L. bedurft hatte, mit heimtragen.

Unterwegs stolperte er, ermüdet von der rasch ausgeführten Accordarbeit und belastet mit den Betriebsgeräthen, über ein Fahrgeleise und brach sich den linken Unterschenkel in der Nähe des Sprunggelenkes, so daß er nach dem ärztlichen Zeugniß längere Zeit gänzlich arbeitsunfähig war. Der Feststellungsausschuß der beklagten Berufsgenossenschaft lehnte den Anspruch ab, weil kein Betriebsunfall vorliege. Aus dem gleichen Grunde verwarf das Schiedsgericht die eingelegte Berufung.

Dem dagegen eingelegten Recurs kann der Erfolg nicht versagt werden:

Wenn auch an dem Satze festgehalten ist, daß regelmäßig Gänge der Arbeiter zu und von der Arbeitsstätte keine Betriebsthätigkeit darstellen, so liegt im vorliegenden Falle gleichwohl ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Betriebsthätigkeit des Rentennutzers und dem Unfalle insofern vor, als derselbe mit dem Handwerkzeug belastet, den Heimweg von der Baustelle zurücklegte.

Durch das schwere Handwerkzeug war Sch. am freien Gebrauch seiner Glieder behindert, überdies war durch die Wochenarbeit eine gewisse Uebermüdung und körperliche Schwäche bei ihm vorhanden. Wenn auch der Unfall nicht ausschließlich auf diese beiden Umstände zurückzuführen ist, so bilden sie doch eine wesentlich mitwirkende Ursache des Unfalles. Dazu kommt, wie schon angedeutet, daß der Rentenkläger sich noch in dem durch seine baugewerbliche Thätigkeit geschaffenen Gefahrenbereich befand, als er mit seinem eigenen Handwerkzeuge, welches er behufs Ermöglichung der Bauarbeiten von der einen Betriebsstätte zur andern trug, nach Hause ging, um mit demselben an einer anderen Baustelle die Arbeit wieder aufzunehmen.

Der Unfall steht daher mit dem Betriebe des Bauhandwerks in ursächlichem Zusammenhange, denn Sch. war durch die Belastung der Arbeitsgeräthe an der freien Bewegung gehindert, und daher der Gefahr, auf dem Wege auszugleiten, in erhöhtem Maaße ausgesetzt."

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schmitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 9. XXXXI. Jahrgang. 25. Sept. 1900.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Hämatogenum siccum Schneider (Sicco-Schneider); Originalartikel von Dr. Sommer in Thayngen (Schweiz). Mittheilungen aus der Praxis; Originalartikel von Dr. Berendsen in Ratzeburg i. Sch. — Ueber die Wirkung des Digitoxinum crystl. Merk im Vergleich zu der der Digitalisblätter. — Ueber die Schädlichkeit der Rauchproducte des Tabaks. — Zur Frühdiagnose des Darmcarcinoms. Untersuchungen über das Schlucken in verschiedenen Körperlagen. Zur Therapie der Impotentia virilis. — Zur Ausübbarkeit der Bauchchirurgie im Privathause und in der Thätigkeit des praktischen Arztes. Die chirurgische Behandlung des Stauungsascites bei der Lebercirrhose. — Die Behandlung des Scheintodes Neugeborener. — Cocain bei Bandwurmkuren. Ist es zweckmäßig den Darm vor der Chloroformirung zu entleeren? Jodoform mit Calomel bei scrophulösen Wunden. Glycerin bei Fieber. Mittel gegen Hautwarzen. Ueber die Ursachen der Sterbefälle im Jahre 1897 im Deutschen Reiche.

Haematogenum siccum Schneider (Sicco-Schneider).

Originalartikel von Dr. E. Sommer, Thayngen (Schweiz).

Es ist eine Pflicht des Arztes, der auf der Höhe seiner Zeit stehen will, sich über neue Medikamente zu informiren, deren Werth in der Praxis zu prüfen, um stets in der Lage zu sein, seinen Clienten Auskunft über neue Heilmittel geben zu können. „Der praktische Arzt" geht dazu der Aerztewelt gewissenhaft an die Hand: wir referiren nicht nur auf Grund der einschlägigen Fachlitteratur über neue Medikamente, sondern sind auch bereit, die damit erzielten praktischen Erfahrungen mitzutheilen.

Ein Novum, das allgemeine Aufmerksamkeit verdient, ist das Haematogenum siccum Schneider, kurz Sicco Schneider genannt. Es ist ein Ferro-Albuminat in Pulverform, von dunkelrothbrauner Farbe, vollkommen geruch- und geschmacklos, leicht löslich in, auch kaltem, Wasser und unbegrenzt haltbar. Die von Dr. Aufrecht in Berlin ausgeführte Analyse ergiebt auf 100 Theile: 89,52% Eiweiß, 0,332% organisches Eisen, 2,60% Mineralsalze, 0,11% Fett und der Rest Wasser; durch die Einwirkung des Magensaftes werden 98% verdaut. Das Präparat wird aus frischem Rinderblut hergestellt, das defibrinirt und nach eigenem Verfahren im Vacuum eingedampft wird.

Sicco Schneider beansprucht nicht nur wegen seines hohen Gehaltes an organiſchem Eisen den Namen eines ausgezeichneten Heilmittels gegen alle jenen Krankheitszustände, die in der Verarmung des Blutes an diesen Substanzen ihre eigentliche Ursache haben, sondern es ist auch ein geradezu ideales Nährmittel: Der Nährwerth von einem Gramm Sicco ist gleich groß wie derjenige von 25 Gramm bestem, fettfreiem Ochsenfleiſch. Diesen beiden Umständen verdankt Sicco vornehmlich seinen Erfolg und diese rechtfertigen eine ausgedehnte Verwendung.

Die Form, in welcher Sicco zur Verwendung kommt, ist mannigfaltig. Erwachsenen giebt man das Pulver pur, eventl. in Oblate oder gelöst in Wasser, Milch, Bouillon etc., 3mal täglich $^1/_2$—1 Theelöffel voll vor dem Essen; Kinder nehmen in dieser Form 3 mal täglich eine Messerspitze voll. Preis per 20,0=75 Pfg., per 100,0 = Mk. 3,50. Angenehm im Gebrauch sind die Siccokapseln, deren jede 0,5 Sicco in Gelatinehülle enthält, sie eignen sich wegen ihrer verhältnißmäßigen Größe nur für Erwachsene und werden zu 3 mal täglich 3—5 Stück per Tag verordnet vor dem Essen einzunehmen. Preis per Schachtel à 100 Stück Mk. 3. Frauen ziehen gewöhnlich den Siccokakao vor, der übrigens auch Kindern recht bekömmlich ist. Es besteht derselbe aus einem entölten Kakao mit Zusatz von 10% Sicco. Zur Bereitung wird ein Esslöffel voll Siccokakao mit 3 Esslöffeln voll kaltem Wasser angerührt und ca. 5 Minuten stehen gelassen. Alsdann füllt man die Tasse unter Umrühren mit nicht zu heißem Wasser; Zuckerzusatz nach Belieben. Dosis: Morgens 1—3 Tassen. Preis: $^1/_2$ Pfund Mk. 2,50 1 Pfund 4,50. Selbstherstellung aus jedem gewöhnlichen Kakao mit Zusatz von 10% Siccopulver ist selbstverständlich auch möglich.

Für Kinder verordnet man Sicco in Form von Tabletten und Chokoladepastillen. Jede Tablette oder Pastille enthält 0,25 trockenes Haemoglobin. Dosis 3mal täglich 1—3 Stück für Kinder, 3mal 3—5 für Erwachsene, stets vor dem Essen einzunehmen. Preis: 40 Tabletten Mk. 1,50, 30 Chokoladepastillen Mk. 1,50.

Sicco wird auch in Bisquitform hergestellt; jedes Bisquit enthält 1,0 Sicco ohne jedes Aroma oder besonderen Geſchmack. Dosis für Erwachsene 3—4 Stück per Tag zu Thee, Kaffee oder Suppe, Kindern giebt man 3—4mal täglich ein halbes Bisquit. Die Büchse mit 50 Siccobisquits kostet Mk. 4,50.

Für Diabetiker kann Siccobrod mit Zusatz von 1—5% Sicco gebacken werden. Wer flüssiges Haematogen vorzieht und sich an dem etwas süsslichen Geſchmack nicht stößt, kann nach untenstehenden Rezepten verfahren oder

sich an die in der Umhüllung der Originalpackungen angegebenen Bereitungsvorschriften halten. Außer in Originalpackung kann Sicco in jeder beliebigen Form ordinirt werden. z. B.:

Sicco als Pillen: Sicco 10,0 Rad. Liquir. pulv. 2,5 Aq. q. s. ut. f. pil. No. 100 D. S. 3mal tägl. 2 Pillen zu nehmen und steigend.

Sicco als Schachtelpulver: Sicco, Sach. lact. aa 10,0 Elaeos. Vanil. 5,0 m. f. p. D. S. 3mal tgl. einen Theelöffel voll zu nehmen.

Sicco als abgeth. Pulver: Sicco 10,0 Elaeos. Zingib. 1,0 M. f. p. Div. in part. aeq. No. XX. D. S. 3mal tgl. 1—2 Pulver zu nehmen.

Sicco als abgeth. Pulver: Sicco 10,0 Elaeos. Vanil. 1,0 Sach. lact. 9,0 M. f. p. Div. in part. aeq. No. XX. D. S. 3mal tgl. 1—2 Pulver zu nehmen.

Sicco als Mixtur: Sicco 20,0 Tinct. Vanil. 5.0 Sir. spl. 30,0 Aq. ad 200,0 M. D. S. 3mal tgl. einen Eßl. voll zu nehmen; kühl aufzubewahren.

Sicco als flüssiges Haematogen: Sicco 20,0 Aq. 50,0 Solve, adde Vini Malac, 150,0 Sir. spl. 25,0 Tinct. aur. cort. 5,0 M. D. S. 3mal tgl. einen Eßlöffel voll zu nehmen.

Sicco als flüssiges Haematogen: Sicco 20,0 Glycerini puri 50,0 Vini Malac. 30,0 Aq. ad 250,0 M. D. S 3mal tägl. 1 Eßlöffel voll zu nehmen.

Sicco als Haematogenwein: Sicco 20,0 Vini Xerens. 200,0 M. D. S. 3mal tgl. ein Liqueurglas voll zu nehmen.

Sicco kann selbstverständlich auch mit anderen Medikamenten zusammen gegeben werden, z. B.

Sicco mit Chinin: Sicco 0,5 Chinini mur. 0,1 in caps. amylac.

Sicco mit Arsenik: Sicco 10,0 Acid. arsenic. 0,01 Rad. Liq. pulv. 5,0 Aq q. s. ut. f. pil. No. 100.

Sicco mit Guajacolcarbonat: Sicco 0,5 Guajacol. carb. 0,15 in caps. gelat.

Sicco mit Guajacolcarbonat: Sicco 10,0 Guajacol. carb. 5,0 Rad. Liq. pulv. 5,0 Aq. q. s. ut. f. pil. No. 100.

Sicco mit Kreosot: Sicco 0,5 Kreosot 0,1 in caps. gelat.

Sicco mit Phosphor: Sicco 10,0 Phosphori 0,01 Ol. jec. aselli 90,0.

Sicco wird auch in hohen Dosen recht gut vertragen, greift die Zähne nicht an, belästigt den Magen nicht und eignet sich wegen seines billigen Preises, bes. in Pulverform, auch für die Kassen- und Armenpraxis. Der Erfolg zeigt sich bei regelmäßiger Anwendung schon nach $^1/_2$—2 Wochen und ist sehr nachhaltig. In meiner eigenen Praxis wende ich das Präparat gerne an und habe recht gute Resultate zu verzeichnen.

Ich möchte in Uebereinstimmung mit anderen Autoren meine Erfahrungen folgendermaßen zusammenfassen. In dem

neuen Präparat Sicco-Schneider besitzen wir ein werthvolles Heilmittel, dessen Anwendung bes. bei folgenden Zuständen indicirt ist: I. u. II. Anaemie und Chlorose; nach großen Blutverlusten: Meno- und Metrorrhagien, Geburt und Abort, nach blutigen Operationen; bei Erschöpfungszuständen nach geistigen und körperlichen Ueberanstrengungen; in der Periode starken Wachsthums; als Stärkungsmittel bei langwierigen, consumirenden Krankheiten, z. B. Tuberkulose zusammen mit anderen Medikamenten, z. B. Kreosot, Guajacolcarbonat etc.; ferner, ebenfalls kombinirt, z. B. mit Phosphor bei Rhachitis; nach Infektionskrankheiten zurückbleibende Schwäche wird rasch günstig beeinflußt.

Mittheilungen aus der Praxis.

Von Dr. Berendsen, Ratzeburg i. Sch.

Auf Anregung eines Kollegen, der grade hier im Jäger-bataillon No. 9 dient, und mit Rücksicht auf die Möglichkeit unter primitiven Verhältnissen, z. B. in Kriege in Ostasien Ungewöhnliches leisten zu müssen, habe ich mich entschlossen folgende Fülle zu veröffentlichen. Sämmtliche Patienten sind im hiesigen Wilhelm-Augusta-Krankenhaus, dessen Leitung mir anvertraut ist, operirt und zwar, mit Ausnahme Fall I und Fall III, ohne collegiale Assistenz, nur unterstützt von den hier stationirten Schwestern des Diakonissenhauses in Flensburg. Das Krankenhaus wird erhalten vom hiesigen vaterländischen Frauenverein (Zweigverein vom rothen Kreuz), hat 20 Betten bei wechselnder Frequenz. Die Operationen werden vorgenommen in einem gerade zur Verfügung stehenden Zimmer. Eine Schwester übernimmt die Instrumente, die in einem Blechgefäß in Sodalösung gekocht, erst unmittelbar vor dem Gebrauch auf einen mit einem sterilisirten Tuch bedeckten Tisch gelegt und mit ebensolchem zugedeckt werden. Eine zweite Schwester fixirt mit ihren Händen den zu operirenden Körpertheil die dritte endlich assistirt im eigentlichen Sinn. Die Narkose übernehme ich bis zum Beginn der Operation, von da an eine Schwester unter meiner Leitung. Ist das Personal eingeübt, arbeitet es sich schnell und geräuschlos. — Der Sterilisator ist ein Blechtopf von 33 Ctm. Durchmesser und 36 Ctm. Höhe, bestehend aus 2 Abtheilungen. Der obere Theil 24 Ctm. hoch, ist am unteren Ende mit einem Drahtgeflecht versehen, auf welchem Blechgefäße stehen, die oben und unten offen zur Aufnahme der Verbandstoffe dienen. Nach Herausnahme werden diese Blechbüchsen mit Deckeln oben und unten verschlossen, sodaß jede Verunreinigung dieser keimfrei gemachten Stoffe ausgeschlossen erscheint.

In dem unteren 12 Ctm. hohen Theil ist Sodalösung für die Instrumente. Das gefüllte Gefäß wird auf die heiße Herdplatte gesetzt und so lange stehen gelassen, bis 20 Minuten lang aus der am Deckel befindlichen Oeffnung ein Dampfstrom anzeigt, daß solange Siedehitze im Innern des Gefäßes geherrscht hat. Ein Kochtopf mit Holzgitter und etliche Konservenbüchsen leisten genau dasselbe, es muß nur für genügende Feuerung gesorgt sein. — Das Instrumentarium ist tadellos; der Kranke, wenn irgend möglich, vorher durch Bäder, Aetherabwaschung u. s. w. so vorbereitet, daß von dieser Seite keine Gefahr droht. Die nun folgenden Fälle liegen theilweise weit zurück, aber alle Operirten leben, sind wohlauf, wohnen hier in Ratzeburg.

Fall I. Schuhmacher Schn., geb. am 20. Sept. 1836, leidet seit $1^1/_2$ Jahren an tuberculöser Entzündung des l. Knies. Pat. ist stark abgemagert, fiebert fortwährend, hat jeden Lebensmuth verloren. Nach meinem ausgesprochenen Wunsch wäre Pat. viel besser in der chirurgischen Klinik in Kiel, wo ich selbst ein Jahr zugebracht, aufgehoben. Pat. schlägt dies ab, will hier im kleinen Krankenhaus von mir operirt werden und zwar sofort, kann seine Leiden nicht mehr ertragen. — Aus der versuchten Resection wird sofort die Amputation, die Knochenherde ziehen sich hoch in den Femur hinauf. — Nach 15 Tagen wird der Verband entfernt, Alles heil, selbst die Abflußlöcher. Pat. mit leichtem Deckverband in den Garten geschickt. Nach kurzer Zeit siedelt Pat. nach Hause über, arbeitet seit Jahren wie ein Gesunder. Mit Hülfe eines künstlichen Beines und eines Stockes macht S. Sonntags weite Spazierwege.

Fall II. Maurer Schwartz, geb. am 9. Juni 1823, kommt ins Krankenhaus wegen ausgedehnter Ostitis tibiae sext. Bei dem hohen Alter, den großen Schmerzen, die Pat. Tag und Nacht keine Ruhe lassen, und wegen des bestartigen Geruches, der das ganze Haus durchdringt, wird der Bitte des Kranken um Absetzung des Unterschenkels sofort nähergetreten. — Operation in der Eingangs geschilderten Art mit Hülfe der Schwestern ausgeführt. Narkose dauerte ca. 30 Minuten. Verlauf glatt, Heilung unter einem Verband wie bei Fall I. Gehen hat Pat. nicht mehr gelernt, woran auch wohl das Bestehen einer Cataracta senil. duplex Schuld sein mag. Der alte S. ist aber heute noch sehr munter, hat nie wieder Schmerzen oder Beschwerden gehabt.

Fall III. Ländlicher Arbeiter Brun, geb. 2. Dec. 1832, aus der Vorstadt Dermin, wird von den Pferden des Schlächtermeisters M., bei dem B. in Arbeit stand, entsetzlich zugerichtet am 9. 9. 97. B. ist im Stall von hinten an die Pferde herangetreten, durch Hintenausschlagen des einen Pferdes niedergeworfen und nun von beiden Pferden weiter

bearbeitet, Das rechte Bein zeigt 3 complicirte und 2 e
fache Brüche, das linke Bein, auf das eins der Pferde
fallen sein soll, ist stark gequetscht und einmal 6 C
oberhalb des Kniegelenkes gebrochen, dazu Quetschung
an Brust und Kopf. Die Amputation des rechten Ob
schenkels wird gleich nach der Aufnahme gemacht, verlä
schnell und ohne Besonderheit. Nach wenigen Tagen sch
stellt sich heraus, daß das andere Bein trotz sorgfältig
Lagerung abstirbt, sodaß sich Zeichen beginnender G
grän einstellen, gleichzeitig Fieber und allgemeines Ue
befinden; daher am 18. 9. 97 die Amputation auch des
ken Oberschenkels beschlossen und unter Assistenz
Collegen B., der damals zufällig nach hier gek
men war, ausgeführt. Nach anfänglich gutem Verlauf
nach 8 Tagen, am 26. 9. 97, eine linkseitige Pneumo
auf mit riesigen Temperaturen. Pat. verliert häufig
Bewußtsein, sodaß der Eintritt des Todes jeden Augenb
erwartet wird; doch helfen anscheinend Campher und Ae
über die Krisis hinweg. Der ca. 70jährige Mann übers
die großen Operationen trotz der schlimmen Complica
der Pneumonie. Heute ist B., soweit dies nach Verlust be
Beine möglich ist, wohlauf, freut sich wirklich darüber,
er mit dem Leben davongekommen ist.

Allen drei Fällen gemeinsam ist, daß es sich um äl
oder sehr alte Personen handelt, denen man wenig Wi
standskraft zumuthen zu dürfen glauben sollte. Der Er
lehrt das Gegentheil. Alle drei Fälle kommen plötzlich
Behandlung, verlangen ähnliche Thätigkeit, wie sie
Arzt im Felde gefordert werden muß. Zu diesem Ka
einen Beitrag zu liefern, ist der Zweck dieser Zeilen.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber die Wirkung des Digitoxinum crystallis Merck im Vergleich zu der der Digitalisblätt

Von Dr. E. Zeltner (Universitätspoliklinik Prof. Penzo in Erlangen.) Z. hat an einer Reihe von Kranken Paral versuche mit Digitalisinfus einer- und Digitoxin anders angestellt. Er wählte Personen mit Herzklappenfehle Lungenemphysem, Nephritis im Stadium einer mehr o weniger ausgesprochenen Herzinsufficienz; Patienten, de Verhalten gegen Digitalis er von früher her genau kann Die Dosirung des Digitoxins war dreimal täglich 1 Table (à 1/4 mg); nur in einem Fall 4 Tabletten. Die Tablet wurden ohne jede Beigabe per os genommen, stets nach d Mahlzeit. Das Mittel wurde so lange fortgegeben, bis e weder die erreichbare Compensation erzielt war oder

rsten Vergiftungserscheinungen auftraten. Von den 42 Versuchen mit Digitoxin blieb in drei Fällen der Erfolg aus. In einem dieser Fälle handelte es sich um Nephritis parenchymatosa im letzten Stadium. In den beiden anderen Fällen bestand höheres Fieber. In seltenen Fällen war die Wirkung undeutlich; es handelte sich dabei meist um Personen, die das Mittel schlecht vertrugen. In anderen 34 Fällen kam es zur vollen Digitaliswirkung. Der Eintritt der Digitoxinwirkung kündete sich im Allgemeinen zunächst in einer Abnahme der Dyspnöe und Cyanose, der Pulsfrequenz und -Arhythmie an, und erst mit dem Auftreten eines deutlichen Pulsus celer et magnus besserten sich die Oedeme, die Diurese u. s. w. Die Wirkungsweise des Digitoxins glich im Großen und Ganzen der des allmählig sich entfaltenden Digitalisinfuses. In einzelnen Fällen ließ das Mittel eine ausgesprochene cumulative Wirkung erkennen, die hier und da erst nach dem Auftreten leichter Vergiftungserscheinungen zur Geltung kam; gerade in solchen Fällen war mitunter eine besonders lange Nachwirkung zu beobachten. Irgendwie ernstere Vergiftungen mit Digitoxin wurden nicht beobachtet, und sie scheinen sich bei genügender Vorsicht in der Dosirung und sorgfältiger Beobachtung aller Momente auch stets vermeiden zu lassen. Nur in einem Fall kam die ganze Symptomenreihe der Digitalisvergiftung zum Ausdruck; in anderen Fällen bestanden die Erscheinungen, welche zum Aussetzen des Mittels veranlaßten, in leichteren Beschwerden, wie Aufstoßen, Uebelkeit, Flimmern vor den Augen; nicht selten wurden bis zu 20 Tabletten genommen, ohne daß irgendwelche subjective Störung auftrat. Pulsus rasus ist keine Gegenindication für die Verordnung des Digitoxins. In einem Falle von Herzklappenfehler mit Myodegeneratio und multiplen Lungeninfarcten zeigte sich das Digitoxin den Digitalisblättern entschieden überlegen; es war hier von allen diuretischen und Herzmitteln das einzige, das vorübergehend die gesunkene Herzkraft wieder zu heben vermochte. Später versagte auch Digitoxin. Auch in einem anderen Fall von Herzklappenfehler wurde durch das Mittel stets nahezu vollständige Compensation erreicht, während das Digitalisinfus nur die schwersten Stauungserscheinungen eindämmte. Dem gegenüber war in einem Fall von Emphysem und in einem Fall von Schrumpfniere die Mutterpflanze wirksamer. Aus der Berechnung der durchschnittlich gebrauchten Gesammtmengen der Digitalisblätter einer- und des Digitoxins anderseits ergab sich, daß das Digitoxin ungefähr die tausendfache Wirkung der Mutterpflanze besitzt. Das Digitoxin. crystall. Merck ist demnach sowohl hinsichtlich der Raschheit wie auch der Energie und Dauer seiner Wirkung der Mutterpflanze ebenbürtig, ja in einzelnen Fällen

selbst überlegen. Der Erfolg der Anwendung des Digitoxi per os tritt zwar weniger prompt, aber ebenso sicher e als bei subcutaner und rectaler Verabreichung; zudem dürft die beiden letzteren Methoden in der Praxis zuweilen m chen Schwierigkeiten begegnen. Die durch das Mittel v ursachten gastrischen Erscheinungen sind nicht störend die Gefahren einer Vergiftung nicht größer als beim Digita infus. Insbesondere hat es sich bei Kranken, die früh periodisch digitalisirt wurden, bewährt und wurde im Dur schnitt lieber genommen als das Infus.

(Münch. med. Wochenschr. 1900, 26.)

Ueber die Rauchprodukte des Tabaks. V H. Thoms. (Bericht d. Deutsch. pharm. Gesellsch. 1 Heft 2.)

Ueber den Gehalt des Tabakrauches an Kohle oxyd. Von F. Wahl. (Arch. f. d. gesammte Phys Bd. 78.

Die Bedeutung der „Rauchsucht" für die Volk wohlfahrt. Von M. Breitung (Koburg): (D. Med 1900, No. 26.)

Die Rauchproducte des Tabaks analysirte Thoms fand darin Nikotin, Pyridin und dessen Homologe, sowie eigenthümliches ätherisches Brenzöl, außerdem in sehr ringen Mengen Blausäure und Kohlenoxyd. Von dem in Tabakrauch gelangenden Nikotin bleiben etwa 75 Proz. solches erhalten, während 25. Proz. zersetzt werden; a nicht der gesammte Nikotingehalt geht in den Rauch üb da ein großer Theil desselben im sogen. Stummel sich lagert, so daß dieser Rest schließlich das 3—4fache der ihm ursprünglich vorhandenen Mengen Nikotin aufgespeich hat. Da die Schädlichkeit des Tabaks von verschieden Seiten auf das Nikotin zurückgeführt wird, so bringen einig Firmen Cigarren in den Handel, deren Nikotingehalt nic vermindert, aber doch unschädlich gemacht sein soll. untersuchte zwei Sorten Cigarren von der Firma Wendt Bremen, bei denen die „Konservirung des Nikotins" dur Behandlung mit einem Extrakt von Origanum vulgare e reicht sein soll. T. fand nun im Tabakrauch von 15 Stüc der Wendt'schen „Patentcigarre No. 31" 0,26 gr Nikotin a solches wieder; die ganzen Cigarren hatten 0,476 gr Nikot enthalten, davon waren 0,142 gr in den Stummeln zurück gehalten worden, so daß von dem in den Rauch gelange den Nikotin 77,5 Proz. unzersetzt geblieben waren — ei Verhältniß, wie es T. annähernd auch beim Versuche anderer Cigarren festgestellt hatte; daraus ergiebt sich de Werth der „Patentcigarren" von selbst.

Wahl suchte den Gehalt des Tabakrauches an Kohlenoxyd zu bestimmen und fand je nach der Versuchsanordnung

im Tabakrauch 0,6—2,7 Proz. Kohlenoxyd,
im Cigarrenrauch 1,0—7,6 „ „

Selbstversuche in einem kleinen Raume, in dem 12 bis 15 Cigarren von W. theils selbst, theils künstlich verraucht wurden, ergaben, daß bei etwa vierstündigem Aufenthalt in einer derartigen die Augen heftig reizenden Athmosphäre, die einen Gehalt von etwa 0.02 Proz. Kohlenoxyd hatte, Vergiftungssymptome irgend welcher Art sich nicht zeigten, obwohl, wie aus den Blutuntersuchungen an Kaninchen hervorgeht, die gleichzeitig mit Wahl in dem betreffenden Raume sich aufhielten, Kohlenoxyd in das Blut aufgenommen wurde. „Vom hygienischen Standpunkte aus kann man mithin, was den Kohlenoxydgehalt des Tabakrauches angeht, von einer Schädlichkeit des Rauches unter den gewöhnlichen Verhältnissen nicht wohl reden. Wie sich die Sache gestaltet, wenn die kleine Menge Kohlenoxyd, die von rauchenden Menschen unzweifelhaft eingeathmet wird, unausgesetzt zur Aufnahme gelangt, müßte weiter untersucht werden."

Breitung giebt uns eine eingehende Schilderung über die Gefahren, welche die „Rauchsucht" mit sich bringt; als „rauchsüchtig" wird das an den regelmäßigen Tabakgenuß derartig gewöhnte Individuum bezeichnet, das bei der Aussetzung des Tabaks „Abstinenzerscheinungen" zeigt. Namentlich schädlich erweist sich die Cigarette.

Die „Schwere" des Tabaks hängt weniger von dem Nikotingehalt, als von dem Gehalt an Ammoniak ab; durch das letztere wird das Nikotin, welches als Salz fast völlig verbrennen würde, freigemacht und geht dann als solches in den Tabakrauch über. Von den Gesundheitsschädigungen, die der Tabakmißbrauch hervorruft, betont Breitung vor allem die Schädigung des Ohres und die depotenzirende Wirkung auf das Genitalsystem. Auf die interessante Arbeit kann leider nicht näher eingegangen werden, es sollen aber einige Schlußsätze hier wiedergegeben werden:

„Es muß anerkannt werden, daß manche Gesundheitsstörungen, welche dem Genuß des Tabaks zur Last gelegt werden, auf Rechnung gleichzeitigen Exzesses in Alkohol zu setzen sind." „Die Cigarette ist einzeln ungefährlich. Der regelmäßige Genuß von 20—30 Stück täglich bleibt niemals ohne Einfluß auf die Gesundheit des Individuums. Da die Verführung des Mißbrauches der Cigarette erfahrungsgemäß so groß ist, daß ihr fast ausnahmslos kein Cigarettenraucher widersteht, so muß die Cigarette als eine Gefahr für die Volksgesundheit und Volkswohlfahrt bezeichnet werden." „Die nationale Wohlfahrt erfordert das Eintreten des Gesetzes gegen den Verkauf von Cigaretten an minderjährige

Individuen.“ „Die Schädigung der Gesundheit bei Tabakmißbrauch erstreckt sich in erster Linie auf das Herz. Herzschwäche (Tabakherz) und chronische Luftröhrenreizung sind besonders häufig bei Cigarettenrauchern, welche den Rauch verschlucken.“ „Nächst dem Herzen wird die Funktion der Sinnesorgane beeinträchtigt. Der Tabakschwachsichtigkeit ist eine Tabakschwerhörigkeit an die Seite zu stellen.“ „Eine das Nervensystem zerrüttende Wirkung des Tabaks, wie sie für den Alkohol gilt, ist für den Tabak nicht anzunehmen. Tabakmißbrauch hat nicht die allgemein depotenzirende und demoralisirende Wirkung des Alkohols.“ „Das Schnupfen scheint, abgesehen von der Gefahr für das Mittelohr, für den Gesammtorganismus von geringer Bedeutung zu sein. Das Tabakkauen ruft schwere Vergiftungserscheinungen hervor und muß als Ursache für Geisteskrankheit (Tabakspsychose) in der Volksgesundheitslehre richtige Verwerthung finden. Nervenkranken ist jeder Tabaksgenuß zu verbieten. Epileptiker sind für Tabak meist „überempfindlich“

(Deutsche Praxis.)

II. Medicin.

Beiträge zur Frühdiagnose des Darmcarcinoms — Hereditätsverhältnisse und Hautveränderungen. Von Dr. Eugen Holländer (Berlin). (Deutsche med. Wochenschrift, 1900, No. 31.) Die Diagnose einer bösartigen Neubildung im Darm ist häufig sehr schwer, besonders im Anfangsstadium und überhaupt in allen Fällen, wo kein Tumor palpabel ist. Man ist daher darauf angewiesen, die Diagnose vielfach auf Grund einer Reihe von indirecten Symptomen zu stellen. Zunächst kommt es darauf an, überhaupt das Vorhandensein einer chronischen Darmstenose festzustellen; dann aber gelingt es oft noch nicht, den speciellen Character der Stenose zu ermitteln, falls man nicht zufällig in den Entleerungen Geschwulstpartikelchen findet, was aber sehr selten ist. H. macht nun auf gewisse Punkte aufmerksam, welche geeignet sind, die Annahme eines malignen Characters der Darmstenose zu stützen. Der erste Punkt ist die Heredität. Die Thatsache, daß Fälle von bösartigen Geschwülsten in einzelnen Familien sich häufen, ist bekannt. H. lenkt nun die Aufmerksamkeit darauf, daß auch eine locale Krebsdisposition von vererblichem Character existirt; er hat eine Reihe von Familien beobachtet, in denen die Krebsbildung mit ausgesprochener Vorliebe den Magendarmtractus ergriff, und führt derartige Beispiele an. Zweitens hat H. seit einer

ɔihe von Jahren gewisse Hautveränderungen beobachtet, elche — zweifellos auch bei Gesunden vorkommend — ɔi inneren Carcinomen mit einer gewissen Constanz und in ner auffallenden Multiplicität aufzutreten ſcheinen. Diese autveränderungen treten in drei Formen auf: als Gefäßver-ɑderungen, als warzenförmige, flache Epithelwucherungen nd als Pigmentirungen. Was zunächst die Gefäßveränderungen anlangt, so findet man gerade bei Krebskranken ehr zahlreiche hellrothe, stecknadelkopf- bis erbsengroße, as Hautniveau etwas überragende Flecke, welche stets ɔolirt in gesunder Umgebung zu finden sind. Sie ſchwanken ɑ ihrem Verhalten zwiſchen capillären Blutungen und klei-.en Angiomen resp. Capillaraneurysmen, unterſcheiden sich ·on diesen jedoch darin, daß Finger- und Glasdruck sie ıicht blaß werden läßt, nur bei ganz energiſchem Weglrücken verſchwindet die hellrothe Farbe. Die zweite Art ·on Hautanomalie, die selbst bekanntlich zu maligner Degeıeration neigt, wird durch die seborragiſchen Warzen gebildet, wie sie hier auch als Verrucae seniles bezeichnet werden. Gerade bei jugendlichen Krebskranken beobachtete H., daß Leib und Brust von diesen seborrhagiſchen, flachen, glänzenden, manchmal etwas pigmentirten Drüsenepithelwucherungen besäet waren. Die dritte Art, welche sich oft mit einer der vorher besprochenen combinirt, sind die Hautpigmentirungen. Es treten ziemlich constant im Laufe der Krebserkrankung, namentlich des Intestinaltractus, ſchwankend nur nach Intensität und Ausbreitung, fleckförmige Pigmentirungen auf, die sich über den ganzen Körper verbreiten können. Während der einzelne Fleck eine gewisse Aehnlichkeit mit den Sommerprossen hat, unterſcheidet sich die Ausbreitung dadurch, daß mit Vorliebe die dauernd bedeckten Körperstellen ergriffen werden; auch ist das Colorit dunkler und die Peripherie zerrissener als bei den Epheliden. Unter Umständen führt die Pigmentirung zu einer vollkommenen Tigerung. H. ist auf Grund einer Reihe von Beobachtungen der Ansicht, daß die angeführten Punkte von differential-diagnostiſcher Bedeutung für die frühzeitige Erkennung innerer Carcinome sind und hofft, daß weitere Untersuchungen mehr Licht in diese noch wenig geklärten Verhältnisse bringen werden.

Untersuchungen über das Schlucken in verschiedenen Körperlagen und seine Bedeutung für die Krankenpflege. Von M. Mendelsohn und H. Gutzmann. — Bei den vielfachen und unter Umständen so ſchweren Folgen des Verſchluckens ist nach M. und G. dessen Verhütung als eine wichtige Aufgabe der Therapie anzusehen. In der empiriſchen Medicin wird auch diese Verhütung möglichst angestrebt dadurch, daß man den

Kranken aufrichtet oder wenigstens den Kopf aufhebt. erfahrungsgemäß beim Liegen die Kranken sich häufig verſchlucken. Man setzte dabei voraus, daß der Abſchl des Speiseweges gegen den ihn kreuzenden Respirationsw in der liegenden Position ein unvollkommenerer ist als i aufrechter Körperhaltung. Experimentelle Untersuchung der Vff. ergaben aber die Unrichtigkeit dieser Voraussetzu Es zeigte sich, daß die Körperhaltung diesen Abſchluß keiner Weise beeinflußt. Vielmehr ist es die Athmung u namentlich die hochgradige Verſchiedenheit in der Reflex regbarkeit der medialen und seitlichen Abſchnitte der I chenhöhle, von welcher die größere oder geringere Mögli keit eines Verſchluckens bei der Speiseneinführung abhän Je mehr der Körper aus der aufrechten Haltung sich d horizontalen Lage im Bette nähert, desto leichter wird, zum für Flüssigkeiten, ein Abweichen von der Mittellinie d Körpers und ein Hinüberfließen nach den seitlichen Abſchnitt und dadurch eine störende, Reflexe auslösende Reizung die Parthien möglich. Für die praktiſche Anwendung ergi sich daraus, daß eine jede Form der Nahrungseinverleibu welche ein Abweichen des Bissens oder ein Hinüberfließ von eingenommener Flüssigkeit aus der Medianlinie na den seitlichen Abſchnitten des Rachens zur Folge hab könnte, nach Möglichkeit vermieden werden muß. V allem aber ist jede Nahrungsmitteldarreichung in seitlich Lage als durchaus unzweckmäßig anzusehen.

Zur Therapie der Impotentia virilis. Von D J. Zabludowski-Berlin; („Berliner klin. Wochenschr.", 190 No. 33). Z. wirkt 1. unmittelbar auf den Genitalappar und dessen Adnexe, 2. auf das Rückenmark auf dem Weg von Reflexen und Irradiationen, 3. auf die allgemeinen Decken Blut- und Lymphgefäße am ganzen Körper, 4. auf die Hirn centren durch das Wachrufen bestimmter Vorstellungen.

Die Technik ist folgende: Der Patient befindet sich i der Rückenlage. Man faßt jeden Hoden einzeln von de Raphe scroti aus und durchknetet ihn mit den Fingern beider Hände. Die Nebenhoden und die Samenstränge werden gleichzeitig in den Bereich der Manipulationen gezogen. Jeder Hoden wird nur bis zur Hälfte seiner Peripherie be arbeitet. Diese Organe werden nie von zwei entgegenge setzten Punkten angefaßt. Bei Beobachtung dieser Regel kann man einen recht starken Druck ausüben, ohne eine ſchmerzhafte Empfindung hervorzurufen. Hierauf wird der Bulbus urethrae intermitirenden Drückungen und Erſchütte rungen ausgesetzt. Bei stark hyperästhetiſchen Patienten arbeitet man gleichzeitig von der Raphe scroti, eventuell dem Damm und von der Innenfläche des Oberſchenkels aus.

Das feste Zugreifen an den Oberschenkeln wirkt ablenkend von den für jeden Druck überempfindlichen Stellen an der Raphe scroti und am Damm. Alle diese Manipulationen werden auch bei der seitlichen und bei der Bauchlage des Patienten ausgeführt. In letzterer Lage führt Z. auch Analerschütterungen aus. Diese bilden in vielen Fällen einen integrirenden Theil der Bauchmassage, welche immer auf die Behandlung der Genitalorgane und deren nächster Nachbarschaft folgt. Sie ist von besonderem Nutzen bei der Defäcationsspermatorrhoe. Man darf sich bei ihrer Anwendung nie mit der Rückenlage des Patienten allein begnügen, sondern durchknetet das Abdomen auch bei der Seitenlage des Patienten und bei besonders erschwerter Defäcation auch in der Knieellenbogenlage. Auf diese Art wird man auch den häufigen Gastro- und Enteroptosen gerecht. Dann folgen Klopfungen mit der geballten Faust längs der Lumbal- und Sacralgegend, auch Drückungen und Erschütterungen der Nn. occipitales, cervicales und intercostales, Erschütterungen der Kreuzgegend. Vibrationen am Nacken und Manipulationen vom Rectum aus sind nur zu üben, wenn locale Veränderungen um die Pars prostatica urethrae herum oder Störungen der Blasenfunctionen vorhanden sind. Hiebei wird der rechte Zeigefinger bei der Rückenlage des Patienten und gebeugtem linken Knie desselben nicht unterhalb, sondern oberhalb des gestreckten rechten Oberschenkels in den Anus eingeführt. Der Oberschenkel kommt gleichsam unter der Achselhöhle des Arztes zu liegen. Der Arzt befindet sich zur rechten Seite des Patienten. Sein Ellbogen ist auf dessen Unterlage getützt. Mit der Volarfläche des Nagelgliedes des rechten Zeigefingers werden in regelmäßigem Tempo von unten nach oben Drückungen auf die Prostata ausgeübt. Seitliche Reibungen an der inneren Fläche des Rectums werden als stark reizend vermieden. Die linke Hand liegt am Unterleib oberhalb der Symphyse auf und man arbeitet dann bimanuell. Auf diese eigentlichen Massagemanipulationen folgen mehr oder weniger Widerstandsbewegungen an den unteren Extremitäten, den Rücken- und Bauchmuskeln.

Bei allen Manipulationen am Genitalapparat bleibt der Penis ein Noli me tangere. Dasselbe gilt von den Nates. Die Massage soll kein Aphrodisiacum sein und ihre Wirkung auf die Geschlechtssphäre ist vornehmlich auf die Behebung der der Erkrankung zu Grunde liegenden Nervenschwäche, beziehungsweise auf die Besserung des Allgemeinbefindens gerichtet. Die Manipulationen werden derart ausgeführt, daß während der Dauer der Massagesitzung Erectionen überhaupt nicht zustande kommen können. Das feste Zugreifen bei den Knetungen, die Klopfungen mit der Faust an den sehr

empfindlichen Innenseiten der Oberschenkel lassen alles ander eher als ein Wollustgefühl aufkommen. Für die Behan lungsdauer, welche auf 6—8 Wochen bemessen wird, schei Abstinenz von Cohabitationsversuchen geboten. Die Ma pulationen sind durch allgemeine, nicht zu anstrengen körperliche Uebungen, wie Spazierengehen, Radfahre Schwimmen, Reiten u. s. w., zu unterstützen. Nur b hochgradiger Nervosität, verbunden mit starker Abmagerun ist Bettruhe am Platze. In schwereren Fällen ist eine U gebungsveränderung nothwendig.

Als gutes Hilfsmittel nach erfolgter Entlassung aus d Cur erweist sich in Fällen von schwacher Erection die Ei fettung mit wenig klebrigen Salben (Coldcream, Virgi vaselina alba), in Fällen aber von Ejaculatio praematura b genügender Erection der Gebrauch einer mehr klebrig Salbe (Unguentum paraffini der Pharmakopoe, Lanolin). D Gebrauch von diesen Salben hat auch in manchen Fällen d Benutzung der von anderer Seite empfohlenen Introducto überflüssig gemacht.

Pollutionisten räth Z. mit Erfolg neben Massagebehan lung an, ihre Schlafstätte zu verändern: statt in einer Be stelle auf einem Sopha zu schlafen, ein Keilkissen unter d Füße zu legen und eine für sie ungewohnte Leibesübung erlernen.

Bei Spermatorrhoikern wird besonderes Gewicht a die Bauchmassage gelegt.

In Fällen, wo die Erkrankung durch schwere allgemei Störungen bedingt ist, kommen hauptsächlich sowohl die d Stoffwechsel fördernde Wirkung der allgemeinen Massag als auch die specielle Wirkung der Rückenklopfungen a das Herz in Betracht.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Zur Ausübbarkeit der Bauchchirurgie im Privathause und in der Thätigkeit des practischen Arztes. Von Dr. Meinhard Schmidt, Amtsphysikus in Cuxhaven. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1900, Bd. 56. H. 3 u. 4.)

Allgemein verbreitet in Aerztekreisen und im Publikum ist die Anschauung, daß die operativen Aufgaben der heutigen abdominalen Chirurgie so schwierig seien, daß sie nur in Krankenhäusern gelöst werden könnten. Wäre das richtig, so wäre es für Publikum wie für Aerzte gleich traurig; denn es wird immer Fälle geben, wo Kranke weder in ein Hospital gebracht werden können, noch Specialisten zur Hand sind; auf der anderen Seite müßte die Thätigkeit des

ırztes sich zu einer beſchränkten und minderwerthigen tempeln lassen. Glücklicher Weise sind aber bereits Anänge gemacht worden, die beweisen, daß die Monopolisirıng der Abdominalchirurgie für das Spital und den Speciaisten kein kategoriſches Postulat ist. Hervorzuheben sind n dieser Hinsicht die Veröffentlichungen Dörfler's (Weißenburg a. S.). Derselbe kann sich rühmen, von vier operirten Ileusfällen drei rechtzeitig operirte durchgebracht zu haben; mit Hinweis auf die unter den primitivsten Landpraxisverhältnissen erreichten Erfolge, kommt er zum Schluß, daß sich in jedem Bauernhause eine erfolgreiche Asepsis — die Grundbedingung der Erfolge — bei einiger Sorgfalt erreichen läßt. Sch., welcher derselben Ansicht ist, ist selbst an Abdominaloperationen unter ſchwierigen äußeren Verhältnissen herangegangen, und hat in seinen über 50 ausgeführten Operationen sehr günstige Erfolge bei Exstirpation der Tubenſchwangerſchaft, des Wurmfortsatzes, der totalen Cholecystectomie, der Ovarienexstirpation erzielt, ganz frei von Todesfällen infolge der Operation. Seine Erfahrungen hat Sch. in zwei Tabellen gruppirt, deren eine die in Privatwohnungen operirten Fälle zusammenstellt, während die zweite die im Krankenhause behandelten enthält; er bemerkt dabei jedoch, daß das dortige Krankenhaus vor dem Privathause nicht die allergeringsten Erleichterungen gewährt, da dort die beklagenswerthesten Zustände herrſchen. In Bezug auf Asepsis ist Sch. kein einziger Mißerfolg widerfahren; wo nach Eröffnung einer aseptiſchen Bauchhöhle aber doch Peritonitis eintrat, war der Grund in der Mangelhaftigkeit der operativen Technik zu finden, Fehler, die er, ohne zu beſchönigen, ehrlicher Weise eingesteht.

Er sorgte stets dafür, daß der Operirte in einem sauberen, bequemen Bette lag, ev. fanden sich besser situirte Nachbarn bereit, dem Kranken ein besseres Bett zu leihen; die Einlage eines Wasserskissens, das von einem Sattler zur Vermiethung vorräthig gehalten wurde, konnte stets besorgt werden. Als Operationszimmer wählte Sch. stets das beste, größte und hellste vorhandene, ließ es räumen, reinigen und dann 1—2 Tage auslüften, einen geeigneten Operationstiſch, mehrere Waſchbecken und friſch gewaſchene Wäſche herbeizuſchaffen, mißlang selbst bei den ärmsten Leuten nicht. Wenn es anging, ließ Sch. das Bett des Operirten in einem anderen Zimmer aufstellen. Die Krankenpflege wurde nach seinen Angaben in der sorgfältigsten Weise von den Familienangehörigen geleistet.

Was die Asepsis betrifft, so ließ Sch. den zu Operirenden stets ein ein- oder mehrmaliges Bad mit gründlichster Abseifung des Abdomens vornehmen. Die Operationsin-

strumente pflegte Sch. vor den Eingriffen bei sich auszukochen und brachte sie reinlich abgetrocknet und in frisch gewaschene Handtücher gewickelt in die Wohnung des Pat.; als Tupfmaterial diente sterilisirter Mull aus der Apotheke, für Ligatur und Naht wurde carbolisirte Seide No. 2 angewandt, angebrochene Rollen wurden in 1 prom. Sublimatlösung asservirt. Die behandelnden Aerzte legten reine Drillichmäntel an, Wasser lieferte die Cuxhavener Wasserleitung in keimfreier Qualität. Die Haut der Aerztehände und des Operationsfeldes wurde nach Fürbringer desinficirt. Konnte die Wunde genäht werden, so bedeckte man sie mit einer 3—6fachen Lage sterilen Mulls, der mit Collodium festgeklebt wurde. Am 10.—12. Tage: Beseitigung der Nähte und Erneuerung der collodirten Gazeplatte. Bei offen zu haltenden Wunden tamponirte Sch. mit Jodoformgaze, deckte mit Holzwollwatte, die einfach mittels eines um den Leib gelegten Handtuches befestigt wurde. Als Assistenz zog er stets zwei assistirende Collegen hinzu, in vier Fällen wurden Hamburger Specialisten hinzugezogen. Zum Schluß erörtert er die Anforderungen, die ein Arzt bei operativer Thätigkeit an sich und sein Können zu stellen hat. Während die äußeren Schwierigkeiten, je länger man operirt, leicht herabgesetzt werden, wird man die Ansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit immer mehr steigern müssen. Daß Sch. sich an die moderne Bauchchirurgie heranwagte, verdankt er seiner $1^1/_2$jährigen Assistenz bei Schede. In zwei Sätzen faßt er seine Ansicht über die in Rede stehende Frage zusammen:

Darf ein Specialist im Privathaus Laparatomien machen? Antwort: Warum nicht? Wenn er will. Darf ein praktischer Arzt im Privathaus Laparotomien machen? Antwort: Warum nicht? Wenn er kann.

Die chirurgische Behandlung des Stauungsascites bei der Lebercirrhose. Von Dr. F. Umber-Berlin. (Therapie d. Gegenwart.) Die Krankheitserscheinungen, welche die an Lebercirrhose leidenden Patienten gewöhnlich zuerst dem Arzte zuführen und die stets im Vordergrund ihrer Beschwerden stehen, pflegen bekanntlich die Folgezustände des gestörten Pfortaderkreislaufs zu sein. Sei es, daß die Störung verursacht ist durch Schrumpfungsvorgänge um die Capillarenverzweigungen der Pfortader im Lebergewebe selbst, sei es durch Behinderung der Circulation im Fall von Druck auf den Pfortaderstamm, der Effect ist immer der gleiche, nämlich die Stauung im Pfortaderwurzelgebiet mit ihren zahlreichen Symptomen seitens der Digestionsorgane. In vielen Fällen bestrebt sich der Organismus einer Compensation durch allmähliche Erweiterung collateraler

Bahnen und theilweise Ableitung des Pfortaderblutes in die Gefässgebiete der großen Hohlvene. Auf diesem Wege kommen dann die Communicationen zu Stande mit der Vena epigastrica inferior durch die im Ligamentum teres verlaufenden Venen, mit der Vena hypogastrica durch die Vena haemorrhoidalis interna, mit den Venae oesophageae inferiores, mit den Zwerchfellvenen u. s. w. Genügen die Seitenbahnen nicht, den behinderten Blutstrom abzuführen, so entstehen allmählich die Transsudationen in den Bauchraum, sowie Blutungen in den gestauten Gefäßbezirken. Das ärztliche Handeln pflegt denn in diesen Fällen ein rein symptomatisches zu sein und beschränkt sich auf Anregung der Diurese- und Darmthätigkeit zur Verminderung des Ascites event. Entleerung desselben durch Punction. Nun ist es zwar zweifellos, daß auf diesem Wege Besserungen herbeigeführt werden können, die in ganz seltenen Fällen einer Heilung im klinischen Sinne — natürlich nicht im anatomisch-pathologischen — gleichkommen. Jedoch gehören Fälle, in denen es gelang, durch wiederholte Punctionen des Ascites Herr zu werden, wie z. B. der von Casati 111mal punctirte, immerhin wie gesagt zu den größten Seltenheiten.

Angesichts dieses nicht allzu erfreulichen therapeutischen Vermögens verdient der Vorschlag, mit dem S. Talma (Utrecht) vor zwei Jahren hervortrat, nämlich den Ascites der Cirrhotiker chirurgisch zu behandeln, alle Beachtung. Er trat damals dafür ein, in Fällen, in denen die Abfuhr des Blutes aus der Vena porta in die Leber behindert ist, collaterale Seitenbahnen zu eröffnen, dadurch, daß man das große Netz, die Leberoberfläche, die Gallenblase, wenn nöthig auch die Milzoberfläche in bezw. an der Bauchwand festnäht. Bei nun folgender Verwachsung und Verheilung mit der Bauchwand bilden sich dann auch äußerlich sichtbare Communicationen zwischen den Wurzeln und der Vena epigastrica aus. So wird die Möglichkeit geschaffen, daß durch Beseitigung der Stauungserscheinungen bedeutende Besserung in dem Krankheitsverlauf eintrete, vorausgesetzt, daß noch gut functionirende Leberzellen überhaupt vorhanden sind.

Ein Schüler Talma's, Th. Lens, hatte im Jahre 1892 bereits an einem kachektischen 61jährigen Patienten mit Lebercirrhose nach diesen Gesichtspunkten chirurgisch eingegriffen, indem er eine Vereinigung des großen Netzes mit der Bauchwand erstrebte. Der Kranke starb erst nach 170 Tagen. So war der Erfolg zwar, wie Talma selbst sagt, im Großen und Ganzen nicht glänzend, aber ließ immerhin erkennen, daß die Operation bei der genannten Krankheit dem Blut der Vena portae geräumige Seitenbahnen öffnen kann.

Seinen Ueberlegungen folgend hat denn 1896 Talma

durch v. Eiselsberg und Narath diesen chirurgischen Eingriff vornehmen lassen. Es handelte sich dabei um einen Knaben von neun Jahren mit einem schweren acuten hämorrhagischen Morbus Brightii und einem Leberleiden, welches mit atrophirender Cirrhose und Behinderung der Blutabfuhr aus der Vena porta endete. In Abhängigkeit davon bestand Ascites, bei gleichzeitigen nephritischen Oedemen. Im Laufe von $1^1/_2$ Monaten wurde fünfmal die Paracentese der Peritonealhöhle vorgenommen und einmal die Incision. Die erste und vierte Punction hinterließen leckende Wunden; jedesmal sammelte sich die Flüssigkeit in kurzer Zeit wieder an.

Nun wurde das große Netz in die Bauchwand selbst und die Gallenblase an die Bauchwand festgenäht. „Wie man erwartet hatte, entwickelte sich ein starker collateraler Blutstrom aus dem Portalsystem durch die Bauchwand. Weite subcutane Venen wurden sichtbar zwischen der Operationsstelle und den Intercostalvenen". Der Ascites ging zurück, aber die Milz blieb groß, wuchs sogar mit ihrem unteren Rand bis fast an das Poupart'sche Band heran. In Folge dessen wurde sie in einer abermaligen Laparotomie zwischen die Muskeln und die Haut des Bauches eingenäht. Dabei konnte gleichzeitig constatirt werden, daß sich auch in den tieferen Schichten der Bauchwand bereits zahlreiche Venen um die Verwachsungsstelle entwickelt hatten. Die Milz verkleinerte sich nun bei gleichzeitiger sichtlicher Erweiterung der nach den Crural- u. Intercostalvenen abführenden Collateralen, und der Kranke wurde vollkommen gesund. Beinahe zwei Jahre später waren die subcutanen collateralen Venen noch sehr weit. Von Ascites keine Spur mehr. Die Milz war zweifellos viel kleiner als vor der Anheftung."

Die auf klinische Beobachtung gegründete Operation schien also den Erwartungen einigermaßen zu entsprechen.

In einer zweiten allerjüngst erschienenen Publikation berichtet Talma über seine weiteren seitherigen Erfahrungen in dieser Frage und zunächst in einem Falle, wo durch die Operation die Heilung erreicht worden ist. Es handelte sich um einen Mann mit Lebercirrhose und Cholämie. Es bestand Ascites, der bereits mehrfach punktirt worden war, die Leber war groß, hart, höckerig, mit dickem vielfach eingeschnittenem Rande, in der rechten Mamillarlinie 6 cm, in der Axillarlinie 3 cm unterhalb des Rippenbogens, die Milz überschritt den Rippenbogen um 6 cm. Der Allgemeinzustand war schlecht, es bestanden Delirien, die Talma als cholämische auffaßte. Es wird die Laparotomie gemacht, „das große Netz wird ziemlich lange der Luft ausgesetzt und sanft abgerieben; dann wird es an vielen Stellen an das Peritoneum angenäht." Der Erfolg der Operation war, daß

Hydrops und Ascites nicht mehr wiederkehrten, das stille Delirium zunächst jedoch fortbestehen blieb. Allmählich wurde der Kranke jedoch völlig normal, und „ein Jahr nach der Operation war der vormalige Patient noch vollkommen arbeitsfähig. Die Milz war jedoch noch ein wenig größer als vor der Operation."

Eine weitere Stütze seiner Anschauungen sucht Talma darin, daß auch die „natürliche" Entwickelung collateraler Gefäßbahnen bei atrophischer Cirrhose den Ascites und die Milzschwellung günstig beeinflussen. Er belegt das mit klinischen Beobachtungen, von denen eine in Folge intercurrenter tödtlicher Erkrankung auch durch die Obduction controllirt war.

Den Grund dafür, daß die Operationen nur selten ein völlig befriedigendes Resultat zeigen, sucht Talma in dem seiner Ansicht nach seltenen Vorkommen der primären atrophischen Cirrhose mit Stauungstranssudaten, und der verhältnißmäßig häufigen Combination einer primären Peritonitis serosa mit einer secundären Lebercirrhose, ein Krankheitsbild, das sich von der primären Cirrhose oft nicht leicht unterscheiden läßt. So z. B. in einem Fall, der mit Sectionsbericht mitgetheilt wird. Eine primäre Periionitis hatte einen chylösen Ascites verursacht und die Entzündung des Peritoneums und der Leber fortgesetzt, daselbst eine Periphlebitis verursacht mit den klinischen Erscheinungen der Cirrhose. Die collateralen Gefäße erweiterten sich auf natürlichem Wege und beugten einer Milzschwellung vor. Die Laparotomie mit Anheftung des großen Netzes an und in die Bauchwand hatte hier natürlich gar keinen Einfluß auf den Ascites, der nach der Entleerung immer wieder schnell anwuchs. In ähnlicher Weise gestaltete sich der Verlauf bei einem zweiten analogen Fall.

Die insgesammten bis heute über diese chirurgische Behandlung des Stauungsascites bei Lebercirrhose vorliegenden Erfahrungen sind leider noch sehr spärlich. In der deutschen Litteratur existiren bisher nur Beobachtungen von Stratmann und Neumann, in der französischen eine Mittheilung von Raymond, in der englischen diejenigen von Drummond und Morison, sowie von Nolleston und Turner Als im Sinne Talma's ausgeführt können davon nur diejenigen Fälle betrachtet werden, wo eine Verwachsung oder wenigstens eine Verklebung der zugänglichen Pfortaderwurzelgebiete mit der Bauchwand erstrebt war. Der Stratmann'sche Fall, in dem es sich um Lebercirrhose mit Ascites, Milztumor und Leukämie handelte, wurde nur einfach laparotomirt, und heilte darauf, ob in Folge von neu eröffneten Collateralbahnen, ist da natürlich schwer zu sagen. Raymond's cachektische Kranke, die seit zwei Jahren er-

krankt war, und an Ascites und Milztumor litt, wurde ebenfalls nur laparotomirt, aber mit einer 4%igen Borlösung ausgespült, so daß dadurch wohl Endothelverklebungen eine Collateralenentwicklung angebahnt haben können. Der Fall heilte, der Ascites blieb dauernd verschwunden und die Milz trat wieder unter den Rippenbogen zurück. Der ebenfalls mit günstigem Erfolg operirte Kranke Neumann's betraf eine 45jährige Frau mit großer brettharter Leber, großer Milz, Ascites. Es wurden in der Laparotomie „mit halbscharfer Curette die neben der Incision gelegenen Partieen des parietalen Peritoneums des oberflächlichen Epithelüberzuges durch einfaches Schaben beraubt, das große Netz gefaßt und sowohl rechts als links, soweit die Abkratzung reichte, an der Bauchwand befestigt, außerdem bei Schluß der Peritoneallängswunde das Netz mitgefaßt". Nach fünf Monaten befand sich die Patientin wohl, hatte an Körpergewicht zugenommen, die Leber war verkleinert, der Ascites dauernd verschwunden; „deutliche Venennetze um den Nabel, einige Venennetze lassen sich bis zu den Intercostalräumen verfolgen.„

Unabhängig von den Ueberlegungen und der Methode T's. sind die Beobachtungen der englischen Autoren Drummond und Morison aus dem Jahre 1896. Sie operirten einen hinsichtlich der Diagnose Lebercirrhose ganz unsicheren Fall ohne Besserung zu erreichen und einen zweiten Fall von echter Lebercirrhose, wo die Operation dem aufgegebenen Patienten wieder völlige Gesundheit brachte. Das Peritoneum, insbesondere dasjenige der Leber- und Milzoberfläche und die benachbarten Partieen des Peritoneum parietale wurden mit einem Schwamm stark abgerieben und das Netz an die Bauchwand genäht. Schon nach drei Wochen versiegte die Transsudation in die Bauchhöhle. In einer zweiten Publikation berichtete Morison über vier von ihm operirte Fälle, von denen zwei eine uncomplizirte Lebercirrhose hatten, beide genasen; Nolleston und Turner operirten zwei Fälle von Cirrhose, von denen der eine gebessert, der andere dagegen nicht günstig beeinflußt wurde. Es liegen also seither im Ganzen acht Fälle von Stauungsascites bei Lebercirrhose in der Litteratur vor, die auf dem von T. vorgeschlagenen Wege im klinischen Sinne geheilt wurden (Talma 2, Stratmann 1, Raymond 1, Neumann 1, Drummond und Morison 3).

Diese Zahlen sind ja noch spärlich aber fordern immerhin entschieden dazu auf, hier auf chirurgischem Wege vorzugehen, wenn gewisse Indicationen vorliegen, die wir dahin zusammenfassen: Stauungen im Gebiet der Pfortaderwurzeln, die auf eine Behinderung des Pfortaderkreislaufes in der Vene selbst oder in der Leber zurückzuführen sind,

len, wenn sie der üblichen Therapie und wiederholten nctionen nicht weichen, dem operativen Eingriff unter- rfen werden unter der Voraussetzung, daß noch aus- chend funktionsfähiges Lebergewebe vorhanden ist. Die eration bestehe in Laparotomie, Einnähen des großen tzes zwischen Bauchhaut und Bauchmuskeln und An- reben von Adhäsionen zwischen den parietalen Abschnitten s Peritoneums mit den visceralen, soweit sie an der Leber, r Gallenblase, dem großen Netz, der Milz, erreichbar sind. er Eingriff soll nicht zu spät unternommen werden, damit r Organismus gewissermaßen noch Zeit und Kraft hat, e gestauten Blutmengen in die neuen Bahnen abzuführen.

Bei strenger Innehaltung der Asepsis und der kurzen itlichen Dauer, die die Operation fordert, sind die unmit- lbaren Gefahren derselben verhältnißmäßig unbedeutend. ie eventuellen Nachtheile, die aus der Adhäsionsbildung a Abdomen erwachsen können, stehen nicht im Verhältniß u dem guten Erfolg, den die Operation den sonst hoffnungs- osen Kranken bringen kann.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Die Behandlung des Scheintodes Neugebore- ner. Von Prof. Dr. B. S. Schultze in Jena. Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Geburtshilfe des XIII. inter- nationalen medizinischen Congresses zu Paris.

Der in der Geburt erworbene Scheintod der Neugebo- renen kommt dadurch zu Stande, daß während der Geburt die Placentarathmung behindert wurde. Paul Cazeaux war der Erste, der dies gegenüber früher geltenden anderen Ansichten bestimmt aussprach.

Der Scheintod Neugeborener ist also Erstickung. Er- stickung als Vorgang aufgefaßt, der noch unterbrochen wer- den kann, der nicht nothwendig zum Tode führt.

Die Lungenathmung möglichst bald in Gang zu bringen, ist die Aufgabe der Behandlung. Sch. betont das „möglichst bald". Zwar hat schon Legallois (1812) die wichtige Thatsache festgestellt, daß, je jünger der Organismus ist, desto länger er, ohne zu sterben, der Athmung entbehren kann. Aber viele scheintodt geborene Kinder sind eben doch der für Neugeborene zulässigen Grenze der Athemlo- sigkeit schon sehr nahe, und so lange noch irgend Circula- tion besteht ohne Athmung, wird das Blut immer ärmer an Sauerstoff.

Der normale Athemreiz, die Venosität des Blutes ist beim scheintodten Kinde bereits weit über die Norm gestei- gert, die Medulla reagirt nicht mehr auf ihn. Anderen

Reizen kann die Medulla auf dem Wege des Reflexes noch zugänglich sein. Kältewirkung auf die Haut ist einer der erfolgreichsten derartigen Reize, z. B. flüchtiges Eintauchen bis an den Hals in kaltes Wasser. Auch rhythmisches Hervorziehen der Zunge (Laborde) hat sich neuerdings als erfolgreicher Reflexreiz bewährt. In höheren Graden des Scheintodes ist die Medulla des Kindes Reflexreizen nicht mehr zugänglich, da müssen wir uns bemühen, die Erregbarkeit der Medulla wieder herzustellen. Das können wir nur durch Zufuhr sauerstoffreichen Blutes zur Medulla. Eingangspforte dafür kann nur die Lunge sein, der Weg zur Medulla die Circulation. Luftverkehr in den Lungen etabliren und Circulation anregen, ist die Aufgabe.

Lufteinblasen hat viele scheintodte Kinder zum regelmäßigen Athmen gebracht. Beim ersten, beim zweiten Einblasen beschleunigt sich in der That ein wenig der Herzschlag; wenn aber die Asphyxie tief war, erlahmt dann doch das Herz. Das Lufteinblasen steigert den Druck innerhalb des Thorax. Das Wiederausdrücken der Luft steigert ebenfalls den Druck. Die Circulation des Blutes findet durch das Verfahren keine Förderung.

Erfolgreicher sind solche Verfahren, welche durch unmittelbare Einwirkung auf die Wand des Thorax regelmäßige und ausgiebige Druckschwankungen in seinem Innern bewirken. M. Hall's Verfahren kann am Neugeborenen wenig ausrichten, weil dessen Thorax sein elastisches Gleichgewicht in Exspirationsstellung hat. Silvester's Verfahren ist sehr wirksam. Sch.'s Methode, das Kind zu schwingen, macht noch größeren Wechsel des intrathoracalen Druckes. 15 Cubikcentimeter atmosphärischer Luft strichen beim Experiment, das Sch. an todtgeborenen Kindern anstellte, bei jeder Athmung aus und ein. Durch solche Druckschwankung wird gleichzeitig die Herzpumpe energisch in Thätigkeit gesetzt.

Die Spannungsdifferenz zwischen arterieller und venöser Blutsäule wird wieder hergestellt und dadurch die capillare Circulation wieder in Gang gebracht. So schafft man möglichst bald sauerstoffreiches Blut zur Medulla, stellt die Reflexerregbarkeit und die Fähigkeit, auf den normalen Athemreiz zu reagiren, wieder her.

Seine Regeln zur Behandlung des Scheintodes Neugeborener sind kurz diese: Ist das Kind blauroth, ist Muskeltonus noch vorhanden, so lasse man es zunächst an der pulsirenden Nabelschnur. Man nehme etwa aspirirte Massen aus dem Mund, wende Hautreize an. Reagirt es darauf nicht alsbald, so nable man es ab, tauche es flüchtig in recht kaltes Wasser und beobachte es danach im warmen

ıde. Der Herzſchlag ist frequenter und kräftiger gewor-
n, die Haut röthet sich, der Muskeltonus kehrt zurück.
itt dieser Erfolg nicht bald ein, so wird immer nach dem
erweilen im Bade das Schwingen wiederholt. An den
espirationsſchwung pflegt sich die erste spontane Inspiration
ızuſchließen. Dann wird das Kind sofort ins warme Bad
elegt. Bleiben nun die Inspirationen noch oberflächlich, so
ird das Kind ins kalte Wasser getaucht.

Jetzt, da die Medulla Reflexreizen wieder zugänglich
t, reagirt es darauf alsbald mit kräftigem Anziehen der
eine und lautem Geſchrei.

Nie soll ein ſcheintodt geborenes Kind für vollkommen
iederbelebt gelten, bevor es laut und anhaltend ſchreit.

Verschiedenes.

Cocaïn bei Bandwurmkuren empfiehlt Max Fleſch (Zeitſchr. f. ırakt. Aerzte, 1900, No. 10). Bekanntlich ſcheitert manche Bandwurmkur an dem leidigen Erbrechen, das die Wirkung der verſchiedensten Mittel vereiteln kann. Bei einer Patientin, die nach vier vergeblichen Kurversuchen mit verſchiedenen der bekannten Rezepte Mißerfolge gehabt hatte, ist F. sofort unter Anwendung von 10,0 Extract. filic. maris aether., wovon vorher 6 gr zweimal erbrochen worden waren, dadurch zum Ziel gekommen, daß er vor und während des Schluckens der Kapseln (10 zu je 1 gr) einige Tropfen einer Cocaïnlösung in Verbindung mit Belladonna (Cocaïn 0,15, Extract. Belladonnae 0,2 in 10,0 Aq Valerian.) ſchlucken ließ, im ganzen etwa 0,05 Cocaïn. Als Abführmittel folgte Kalomel. Die Patientin mußte während der Prozedur im Bett liegen.

Ist es zweckmässig, den Darmtractus vor der Chloroformirung zu evacuiren? Dr. Gerbounov wurde wegen einer doppelseitigen Osteomyelitis der Oberſchenkelknochen elfmal chloroformirt. Die Chloroformirung geſchah in einem Theil der Fälle nach einer vorherigen Entleerung des Magendarmkanals, in den anderen Fällen ohne diese prophylaktiſche Maßregel. Es fiel Gorbounov auf, daß er in diesen Fällen, wo ein Abführmittel vor der Narkose dargereicht worden war, am anderen Tage noch Erbrechen hatte. Diese Beobachtung führte ihn

dazu, das Material der chirurgischen Klinik der k. Militärakademie zu St. Petersburg daraufhin zu untersuchen, wobei sich herausstellte, daß bei einer Gesammtmenge von 1223 Operationen die Aufregungsperiode am schwächsten und am kürzesten in 95 Fällen gewesen sei, in welchen die Operation ohne Vorbereitung des Patienten vorgenommen worden war. Aus diesem allerdings geringen Beobachtungsmaterial zieht Gorbounov den Schluß, daß die übliche Vorbereitung der Patienten zur Narkose das erstrebte Ziel nicht erreicht.

(Sem. médic. No. 22, 1900.)

Die von Sprengel empfohlene Combination des Jodoform mit Calomel (part. aeq.) soll bei **scrophulösen Wunden** gut wirken. Das aus der Combination entstehende rothe Hydrargyrumjodid wirkt in dieser Form viel milder, als das fertige Hydrarg. bijod. rubr. Die vereiterten scrophulösen Lymphdrüsen zeigen bald lebhafte, frische, lebensfähige Granulationen.

Glycerin bei Fieber wird als durststillend und temperaturherabsetzend in folgender Mischung empfohlen:

Rp.: Glycerini 30,0; Acid. citric. 2,0; Aq. dest. 200; M. D. S. stündlich 10 bis 20 Gramm. — (Münchner Med. Wochenschr. No. 32 — 1900.)

Behandlung der Hautwarzen: Rp. Hydrarg. bichlorat. 1,0; Coll. elastic. 30,0; M. D. S.: Täglich aufzupinseln.

(Journal de médecine.)

Ueber die Ursachen der Sterbefälle und gleichzeitig über die augenblickliche Ausbreitung unserer gefährlichsten Volkskrankheiten entnehmen wir den Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte die folgenden: Es starben im Jahre 1897 im Deutschen Reiche bei einer Einwohnerzahl von 52 Millionen im Ganzen 1 120000 Menschen davon an

Lungentuberculose . .	110200,
Diphtherie und Croup .	26500,
Keuchhusten	21600,
Masern	11000,
Scharlach	6800,
Typhus	6000,

An Tetanus starben 464 Personen, an Tollwuth 13 Personen. Die Zahl der Selbstmörder betrug 10700 Personen.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

o. 10 XXXXI. Jahrgang 25. Okt. 1900.

ıse Zeitfchrift erfcheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung,** Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber Fleifchsaft. Zur Dispensation von Creosotal. Das Glycosol- l. Die Beurtheilung des Zusatzes fchwefligsaurer Salze zum Fleifche. Ueber die Pathogenese der Gicht. Die Behandlung der Tuberkulose 19. Jahrhundert. — Ueber Fortfchritte in der Behandlung der acturen seit Einführung der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. ber die Verwendung subcutaner Gelatine-Injectionen zur Blutstillung. ber die Behandlung inoperabeler Krebse. Chlorzinkätzungen bei perabelen Tumoren. — Die Stirnlagen und deren Behandlung. Die nstliche Ernährung der Säuglinge. — Ueber Celluloidbrillen.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber Fleischsaft, seine Gewinnung und seine Verendung in der Krankenpflege hat Prof. Mendelsohnerlin in der Wiener med. Presse 1900, No. 9, einen Artiel veröffentlicht, dem wir folgendes entnehmen. Die Aufabe, zur Krankenpflege möglichst nahrhafte und den Appet anregende Präparate bereit zu haben, wird bekanntlich eit längerer Zeit auf verfchiedene Weise angestrebt. Das iebig'fche Fleifchextrakt hat neben den Extraktivstoffen nd Salzen des frifchen Fleifches so geringen Eiweißgehalt, aß es wohl einen bedeutenden Werth als Anregungsmittel, ber so gut wie keinen als Nahrungsmittel hat. Frifch auspreßter Fleifchsaft hat zwar beides, ist aber so fchwer u bereiten und so wenig haltbar, daß seine Verwendung othwendig eine äußerst befchränkte bleiben muß. Auch ie Bereitung der bekannten Flafchenbouillon ist umständich und giebt immer nur geringe Mengen Saft, der wegen einer rothen Farbe und seines Gefchmackes oft von vornerein oder sehr bald auf Abneigung und sogar auf entchiedenen Widerwillen stößt. Schnell und zweckmäßig wirken die Fleifchsaftpressen, besonders die des Dr. med. Klein-Gießen, aber auch diese hat, abgesehen von der othwendigen häufigen Befchaffung frifchen Fleifches und len für den Einzelfall nicht unbedeutenden Kosten des pparates, im Hause der Patienten Schwierigkeiten zu iberwinden. So bilden fchließlich immer wieder die fabriknäßig hergestellten Fleifchsaftpräparate einen willkommenen nd oft kaum entbehrlichen Ersatz. Gegenüber den unver-

hältnißmäßig theuren ausländiſchen Fabrikaten verdient auch nach M. der Puro wärmste Empfehlung, der von Dr. Scholl in Thalkirchen bei München hergestellt wird und in den bereits sehr bekannten Weinfläſchchen verkauft wird. Dieser Fleiſchsaft ist auch in den geöffneten Fläſchchen und Gläsern haltbar und verdirbt nicht und hat einen verhältnißmäßig hohen Eiweißgehalt (etwa 33 Proz.), so daß neben der anregenden Wirkung auch der Nährstoff nicht unwesentlich ist. Puro wird durch hohen Druck aus fettfreiem Fleiſch gewonnen, sterilisirt und in Formen zur Syrupdicke eingedampft, dann mit friſchen Suppenkräutern mundgerecht gemacht und endlich geklärt. Die hohe Konzentration verhindert die Entwicklung von Bakterien und erhält die natürlichen Eiweißkörper des Fleiſches unverändert. Verdaulichkeitsversuche haben M. ergeben, daß der Fleiſchsaft Puro wirklich ein relativ stickstoffreiches Stärkungsmittel ist, bei welchem die wirklich ernährenden Eiweißkörper die nur anregend wirkenden Fleiſchbasen wesentlich überwiegen. Wichtig ist der bedeutende Gehalt an Kali und Phosphorsäure, während unverdauliches nur in äußerst geringer Menge darin ist. Immerhin darf nicht übersehen werden, daß der Nahrungswerth aller solcher Präparate immer nur ein geringer ist. Die Indicationen für die Verwendung des friſchen Fleiſchsaftes wie der Fleiſchsaftpräparate sind sehr einfache. Bei absoluter Anorexie leistet er manchmal unſchätzbare Dienste, wenn der Magen fast alles zurückweist, wird ein Theelöffel voll ohne Zusatz oder auf Brode gestrichen mehrmals am Tage fast immer gut genommen und vertragen. Besonders bei hochgradiger Anämie und Chlorose mit ausgeprägtem Widerwillen gegen jede Nahrungsaufnahme hat M. mit reichlicher Verabfolgung von Fleiſchsaft, wie Schäfer u. A., sehr gute Erfolge erzielt. Auch bei unstillbarem Erbrechen und bei Tuberkulose, bei Neurasthenie, Hysterie und ähnlichen Krankheitszuständen, sowie besonders in der Rekonvalescenz von verſchiedenen Krankheiten ist er äußerst werthvoll. Nach Klein vertragen Kinder, selbst Säuglinge, den Fleiſchsaft ausgezeichnet, verdauen ihn gut und zeigen raſch Verbesserung des Appetits, des Aussehens und des Kräftezustandes; ihnen kann er nur mit Zucker oder Saccharin oder als Klystier gegeben werden. Die Möglichkeit, den Fleiſchsaft, speziell das Puro, in sehr verſchiedener Form, nicht bloß theelöffelweise als bald widerwärtige Arznei, zu geben, ist sehr werthvoll. Man kann ihn, wo jede andere Nahrung erbrochen wird, auf Eisstückchen gegossen, darreichen, oder mit Speiseeis, in Gelee, in Milch, Cacao und Süßweinen, also bald kalt, bald warm gegeben, wobei aller specifiſche Geruch und Geſchmack von Fleiſch vollkommen verdeckt wird, was bei dem so häufigen Fleiſchekel von

höchstem Werth ist. Puro kann mit frischen Suppenkräutern digerirt und dann durch Centrifugiren von diesen getrennt werden, wodurch er ein sehr feines Aroma erhält, wie es durch Essenzen und aromatische Oele nicht zu erreichen ist. Auch die in neuerer Zeit gelungene Entfärbung durch Entfernung des Hämoglobins ist von Werth, da viele Patienten an der blutrothen Farbe Anstoß nehmen. Selbst wenn der Einfluß des Fleischsaftes auf suggestiver Wirkung beruhte, würde er doch oft von großem Werthe und keinesfalls deshalb zu verwerfen sein.

Zur Dispensation von Creosotal. Wenn die Anwendung von Creosotal häufig unterblieb, so mag das dem Umstande zuzuschreiben sein, daß dasselbe in Flüssigkeiten, wie Wein, Cognac, Sirup etc., mit denen es gewöhnlich zusammen ordinirt wurde, schnell wieder ausschied, zu Boden sank und nie gleichmäßig vertheilt war.

Durch Versuche ist es gelungen, eine Emulsion darzustellen, welche sich, wenn die Emulsion an und für sich richtig dargestellt wird, wochenlang unverändert hält und dabei viel angenehmer schmeckt als die bisherige Schüttelmixtur. Nach untenstehendem Recepte erhält man eine 10%ige schöne haltbare Creosotal-Emulsion:

1) Pulv. gm. arabic.	20,0

werden in eine sehr geräumige Reibschale gegeben:

2) Ol. amygdal. dulc.	40,0
Creosotal	20,0
Aq. destill.	45,0

in ein Medicinglas zusammengewogen und unter beständigem Umschütteln und Agitiren dem Gummi zugesetzt. Auf diese Weise erhält man innerhalb einiger Minuten eine schöne Emulsion, welcher noch 15 gr. Aqua, 50 gr. Peru-Cognac und 10 gr. Succ. Citri zugesetzt werden.

Das Glycosolvol, eine gegen Diabetes angepriesene Neuheit, charakterisirt Eichengrün in der Zeitschr. für angew. Chemie, 1900, Heft 3, folgendermaßen: „Das Glycosolvol wird in medizinischen Blättern zum Theil in Riesenannoncen als „Einziges, sicher helfendes Spezialmittel gegen die Zuckerkrankheit", als Antidiabeticum, durch welches Zuckerkranke bis zu 8 Proz. völlige Zuckerfreiheit erlangen, angepriesen und zwar mit dem Zusatze: „D. R. P. G. 13088" oder „patentamtlich geschützt Nr. 13088*[11]) oder in einer Fachzeitung sogar D. R. P. 13088, während sich die Zahl 13088 de facto nur auf Eintragung des Wortes Glycosolvol in das Waarenzeichenregister bezieht. In den Annoncen und der umfangreichen Broschüre wird das neue Specificum bezeichnet als:

peptonisirtes oxypropionsaures Theobromin - Trypsin oder gar als ein Produkt, erhalten durch

„gegenseitige chemische Einwirkung der Oxypropionsäure auf chemisch reines Pepton und von theobrominsaurem Natrium auf das Zymogen des Trypsins".

Trotz dieses chemischen Unsinns, trotz des Umstandes, daß aus zwei von den Fabrikanten naiverweise in seiner Broschüre selbst veröffentlichten Analysen zweier bekannter Untersuchungschemiker hervorgeht, daß die Theobrominverbindung nur eben nachweisbare Spuren von Theobromin enthält, dagegen 60—70 Proz. Stärke (!), 1,7—12 Prozent reduzirende Substanzen und 3—12 Proz. Mineralsalze, sowie 4,4 Proz. Cellulose, deren Vorkommen aus obiger „gegenseitiger chemischer Einwirkung" nicht gerade leicht zu erklären ist, trotzdem über Eigenschaften, Reaktionen, chemisches Verhalten des Präparates nicht das Geringste bekannt ist, trotzdem wir es mit einem Worte mit einem Geheimmittel par excellence zu thun haben, findet dasselbe nicht nur Beachtung und Anwendung in ärztlichen Kreisen, wie aus der Anführung einer großen Anzahl Gutachten in der erwähnten Broschüre hervorgeht, sondern es sieht sich sogar ein praktischer Arzt zu einem Vortrage über das „Arzneimittel" in einem ärztlichen Vereine veranlaßt.

Der Werth dieser Gutachten und Empfehlungen ist am besten daraus zu ermessen, daß bei einer ernsthaften und vergleichenden Nachprüfung der Resultate durch einen erfahrenen Diabetes-Arzt (Dr. Lenné-Neuenahr), sowie in der Senator'schen Klinik der Erfolg des Glycosolvols übereinstimmend als immaginär erkannt wurde, lediglich erzielt durch Innehaltung der in der Glycosolvol-Broschüre angegebenen (übrigens usuellen) strengen Diätvorschriften, während ein durch diese allein reduzirter Zuckergehalt durch Glycosolvol auch nicht im geringsten beeinflußt werde.

Und dieses, übrigens auf mehreren hygienischen Ausstellungen (Magdeburg, Chemnitz, Paris) mit goldenen Medaillen ausgezeichnete (!) wirkungslose Geheimmittel, welches in neuester Zeit sogar ein medizinisches Fachblatt, das „Sächsische ärztliche Correspondenzblatt" „als offenkundigen Lug und Trug" bezeichnet, wird in Dutzenden von ärztlichen Gutachten als ausgezeichnetes Heilmittel empfohlen, allerdings meist mit dem Zusatz „bei Innehaltung strenger Diät", „was nach dem oben Gesagten leicht verständlich ist."

Die Beurtheilung des Zusatzes schwefligsaurer Salze zum Fleische vom sanitätspolizeilichen Standpunkte. Von Bornträger. Die ungeheure Verbreitung, die die chemischen Conservirungsmittel für Nahrungs- und Genußmittel bereits gefunden haben, ist dem

Arzte im Allgemeinen noch so wenig bekannt, daß ein etwas genaueres Eingehen auf die vorliegende sorgfältige kritiſche Studie geboten erſcheint. Ganz entſchieden muß gerade der praktiſche Arzt sein Augenmerk auf etwaige Schädigung nach dem fortdauernden Gebrauch solcher Nahrungsmittel richten, und auch bei dem gebildeten Laien muß hierfür Verständniß geweckt werden. So wird es vielleicht um so eher möglich sein, die Cardinalfrage für die Zulässigkeit dieser Conservirungsmethoden endgültig zu entſcheiden, ob irgend welche Störungen der menſchlichen Gesundheit beobachtet sind, die ein Eingreifen des Gesetzgebers erheiſchen, wodurch auch der Import des billigen Fleiſches überseeiſcher Länder zu unterbinden wäre. Diese Frage besitzt ein hohes nationalökonomiſches Interesse, und es ist nicht zu vergessen, daß der Bauernstand hauptsächlich von gepökeltem (mit Kochsalz und Salpeter conservirtem) Fleiſch lebt.

Die unter verſchiedenen Namen in fester oder flüssiger Form gebrauchten Präservesalze enthalten ſchwefligsaures Natrium (Na_2SO_3). Wie im Reagensglase durch Zusatz von Säure, so entwickelt sich auch im Magen aus dem Salz durch die Salzsäure ein Gas, die stark örtlich reizende, giftige ſchweflige Säure (hierdurch unterſcheidet es sich wesentlich von dem Salpeter und dem Borax). Das Salz wirkt also im Organismus wie die freie Säure. Ebenso gelingt es durch Aufgießen von verdünnter Schwefelsäure auf einige Gramm mit Präservesalz versetztes Fleiſch, dies stechend riechende Gas freizumachen.

Nach B.'s Ansicht ist das Urtheil in dem Danziger Proceß gegen 112 Fleiſcher wegen Zusatz von ſchwefligsaurem Natrium zum Hackfleiſch begründet, weil dies Präservesalz geeignet ist, die menſchliche Gesundheit zu gefährden und über die wahre Beſchaffenheit der Waare zu täuſchen. B. berichtet, daß er nach dem Genuß von Frankfurter-, Wiener- oder Bockwurst Aufstoßen von ſchwefliger Säure und Schwefelwasserstoff, Magendrücken, Unbehagen und Kopfſchmerzen bekommt, die mehr oder weniger lange andauern können (eine Wurst von 40 g enthält bei 0,2 pCt. Präservesalz nur etwa 0,01 – 0,02 g SO_2). B. (Regierungs- und Medicinalrath in Danzig) fordert auf, ihm alle ähnlichen Erfahrungen (auch nach Genuß von Klops, falſchem Hasen u. s. w.) mitzutheilen, möglichst mit genauen Angaben über die Zahl der beobachteten Personen, das Alter, die Constitution u. s. w., und mit Notiz darüber, ob an Ort und Stelle Präservesalze benutzt werden. Es soll dieses Material zusammengestellt und „mit Dank gegen die Einsender discretionär der Oeffentlichkeit übergeben werden."

Das Präservesalz, welches das Fleiſch in Folge seiner

antiseptiſchen Eigenſchaften conserviren soll, wirkt aber gleichzeitig als Fleiſchfärbemittel. So kann eine neue Gefahr für die Gesundheit entstehen, indem der Fleiſcher das Publikum mit dem Präservezalz über die Beſchaffenheit der Waare zu täuſchen vermag; es wird eben nicht nur friſches, rothes Fleiſch ein paar Stunden länger roth erhalten, sondern es kann graues, altes Fleiſch wieder bei Zutritt des Luftsauerstoffes roth werden, wie auch Ref. bestätigen kann. Der Danziger Proceß hat ergeben, daß von 112 aus den Läden entnommenen, als friſch bezeichneten rothen, präservirten Hackfleiſchproben 21 eben noch brauchbar, 6 dagegen verdorben waren. (Und 92,6 pCt. der Fleiſcher setzten in Danzig Präservesalz dem Hackfleiſch zu!) Das Publikum muß also darüber aufgeklärt werden, daß es in der rothen Farbe dieses Fleiſches keinen Gradmesser für die Güte desselben besitzt; sind ja doch ſchon Massenvergiftungen bekannt geworden, deren Ursache verdorbenes, künstlich roth gemachtes Fleiſch oder Wurst war. Wenn nun auch der Kundige sofort an der eigenthümlich ziegelrothen Farbe die Gegenwart des ſchwefligsauren Natriums erkennen wird, so solite das Publikum trotzdem Hackfleiſch wenigstens gar nicht kaufen, sondern es im eigenen Haushalt herstellen lassen.

Von manchen Regierungen sind auch bereits Warnungen, von städtiſchen Verwaltungen vollkommene Verbote des Gebrauchs von Präservesalz in dem Fleiſchergewerbe erlassen worden.

(Hyg. Rundſchau.)

II. Medicin.

Ueber die Pathogenese der Gicht. Von Prof. Dr. W. Ebstein, Göttingen. Vortrag auf d. XIII. intrnl. med. Cong. zu Paris. 1. Die Gicht ist eine mehr oder weniger chroniſche Krankheit, welche sich auf Grund einer krankhaften, vererbbaren, meist wohl angeborenen krankhaften Anlage der harnsauren Diathese entwickelt.

2. Ueber die letzte Ursache der harnsauren Diathese sind zur Zeit nur Hypothesen aufzustellen. Die innigen Beziehungen, die zwiſchen den Nukleinen und der Harnsäure bestehen, machen es bis zu einem gewissen Grade wahrſcheinlich, daß es sich bei der harnsauren Diathese um eine abnorme Beſchaffenheit der Zellkerne, bezw. des Protoplasmas handelt. Jedenfalls spielt die durch ganze Geſchlechter und Rassen verfolgbare individuelle Anlage bei der harnsauren Diathese eine hervorragende Rolle.

3. Verschiedene Umstände dürften dazu beitragen, daß aus der harnsauren Diathese sich Gicht entwickelt, nämlich:

a) Je stärker die harnsaure Diathese ausgesprochen ist, um so früher und stärker dürfte ceteris paribus die Gicht auftreten.

b) Es giebt Lebensgewohnheiten, Trägheit, Ueppigkeit des Lebens, besonders aber die Verbindung beider, vor Allem der Alkoholmißbrauch, welche dem Auftreten der Gicht Vorschub leisten. Dadurch dürften vornehmlich die zeitlichen Schwankungen zu beziehen sein, welche über die Häufigkeit der Gicht berichtet werden.

c) Es giebt acute, chronische Intoxicationen, welche bei der Anwesenheit der harnsauren Diathese der Entwickelung der Gicht Vorschub leisten. Hierbei können besonders auch die Bakteriengifte eine Rolle spielen. E. erinnert an erster Stelle betr. dieser Umstände an die Beziehungen des Rheumatismus, der Syphilis, der Bleivergiftung zur Gicht. Auch die Influenza scheint der Entwicklung der Gicht Vorschub zu leisten.

d) Die von keinem Geringeren als Boerhave zuerst behauptete Contagiosität der Gicht scheint dabei keine Rolle zu spielen.

e) Klimatische Verhältnisse scheinen die Entwickelung der Gicht nicht zu beeinflussen.

4) Das die Gicht veranlassende Gift (materia peccans) scheint die Harnsäure zu sein. Ob daneben noch andere, der Gruppe der Alloxur- oder Nuklein-Basen zugehörige Stoffwechselprodukte oder, wie Einzelne meinen, ein seiner Natur nach noch unbekanntes Gift eine Rolle spielen, ist eine noch offene Frage. Es ist wahrscheinlich, daß nur die aus den Nukleinsubstanzen des menschlichen Körpers und nicht die aus den Nukleinen der Nahrung entstehende Harnsäure einen directen Einfluß auf die Pathogenese der Gicht haben. Ob bei der Gicht eine vermehrte Bildung von Harnsäure stattfindet, ist weder bewiesen, noch erachtet Ebstein dies für absolut nothwendig. Er halte aber nichts desto weniger eine vermehrte Harnsäurebildung bei der Gicht für sehr wahrscheinlich.

Daß trotz einer vermehrten Bildung der Harnsäure, soweit sie sich aus einer vermehrten Ausscheidung derselben erkennen läßt, an und für sich keine Gicht entsteht, lehrt die Geschichte der Leukämie. Bei dieser Krankheit nämlich wird bekanntlich so viel Harnsäure ausgeschieden, wie niemals bei der Gicht.

5. Die Harnsäure ist ein chemisches, aber kein septisches Gift. Dasselbe wirkt jedoch weder bei allen Thierspecies, noch in den verschiedenen Altersstufen der einzelnen Thiere, noch auf deren verschiedene Organe in gleich starker Weise.

Die Harnsäure bedingt entzündliche und nekrotisirende Veränderungen der betreffenden Gewebe, in denen sie schließlich vollständigen Gewebstod (Necrose) veranlaßt. Erst wenn das Gewebe vollkommen abgestorben ist, lagern sich in ihnen in Form von saurem harnsaurem Natron harnsaure Salze crystallinisch ab.

6) Um die Pathogenese der verschiedenen Symptome der Gicht zu verstehen, muß man a) eine primäre Gelenk- und b) eine primäre Nierengicht unterscheiden. Die erstere ist die weitaus häufigste Form der Gicht, trotz derselben erreichen die Kranken oft ein hohes Alter. Die primäre Gelenkgicht entwickelt sich zunächst unter dem Einfluß einer lokalisirten, d. h. auf Grund einer zunächst auf eine oder mehrere Partieen des menschlichen Körpers beschränkten Harnsäurestauung. Bei der primären Nierengicht handelt es sich von vornherein um eine generalisirte Harnsäurestauung, die also von Beginn an über alle Körpertheile sich erstreckt und die stets durch eine schwere, primäre, materielle Erkrankung der Nieren bedingt werden dürfte.

Die Behandlung der Tuberkulose im 19. Jahrhundert. Säkularartikel von Prof. Bäumler-Freiburg. (Berl. klin. Wochenschr. 1900, No. 14.) Aehnlich den Kreuzzügen der Geschichte, aber gewichtiger an Bedeutung und umfassender an Ausdehnung hat sich die Menschheit aller Kulturstaaten im 19. Jahrhundert verbündet, um gegen einen gemeinsamen Gegner zu Felde zu ziehen: gegen die Tuberkulose, die alles unterminirende Volkskrankheit. Je mehr der Feind in seiner Natur erkannt wurde, desto energischer konnte man ihm zu Leibe gehen und desto mehr Aussicht auf Erfolg bot der Kampf. Fand man sich noch im Anfang des 19. Jahrhunderts mit der Erkenntniß ab, daß eine Verschwärung der Lungen den Tod unfehlbar im Gefolge hatte und daß die Krankheit übertragbar sei, so sollte doch bald die pathologisch-anatomische Untersuchung — allerdings sehr allmählich — Licht in die Lehre von der Tuberkulose bringen. Während Sylvius (1680) und Rich. Morton (1689) bei der Sektion auffallende Aehnlichkeit zwischen der Lungenphthise und der Lymphdrüsenverkäsung gefunden hatten und daher Tuberkulose und Skrophulose identifizirten, stellten Stark (1785) und Th. Reid (1785) den „Miliartuberkel“ in den Vordergrund hin und als isolirt von der Skrophulose. Je mehr die schweren Veränderungen in der Lunge durch die Untersuchungen Vetters in Wien (1803) und Bayles in Paris (1810) erkannt wurden, desto pessimistischer wurden die Anschauungen über die Heilung der Krankheit, trotzdem Portal (1799), Carswell (1838) und Lännec (1819) gewisse Vorgänge in tuberkulösen Lungen

für offenbare Selbstheilungsprozesse erklärt hatten. Und als Lännec (vor ihm schon Auenbrugger [1761]) seine Zerstörungen (Kavernenbildung) der Lunge durch seine Untersuchungsmethode schon am Lebenden nachweisen konnte, sank der Muth der Aerzte tiefer und tiefer. Noch dazu sprach Lännec den Tuberkel als maligne Neubildung im heutigen Sinne an. Dagegen stellten Broussais und Andral (1823) ihre Entzündungslehre auf, die später im Prinzip durch die Arbeiten Virchows und Buhls u. a. ihre Bestätigung fand, zum Theil gestützt auf das Thierexperiment (1863). — Viel mehr Einigkeit herrschte auf dem Gebiete der Therapie. Hier hatte vor allem die alte antiphlogistische Behandlungsmethode den Vorrang. Vor einer mehr oder weniger sich breitmachenden medikamentösen Polypragmasie warnte bereits J. Clark (1835), der auf die diätetisch-klimatischen Erfolge bei Skrophulose hinwies. Nach und nach gewann die roborirende Behandlungsmethode an Boden. Chinin und Leberthran, sowie beste Ernährung, Aufenthalt und Bewegung in frischer Luft wurde empfohlen. Eine wichtige Neuerung für Prognose und Therapie brachte 1856 Buhl, der die Tuberkulose für eine spezifische Infektions- (eigentlich Resorptions-) Krankheit erklärte. Diese Infektionserreger fand erst viele Jahre später (1882) Robert Koch. Jetzt ging man in der Erforschung der Heilmittel planmäß vor. Gemäß den Buhl-Niemeyer'schen Anschauungen wurde prophylaktisch alles dem Chirurgischen zugängliche Tuberkulöse zu beseitigen gesucht. Lokaldiagnose und Lokaltherapie entstanden; unter letzterer spielte die Jodoformbehandlung eine große Rolle. Auch die Hygiene suchte das Ihre zu thun; so beweist die Statistik, daß die geregelte Entwässerung des Bodens auch eine Verminderung der Tuberkulose im Gefolge hatte. In der zweiten Hälfte des Jahrhunderts machte besonders die Allgemeinbehandlung Tuberkulöser große Fortschritte. Hier ist vor allem der Name Brehmers zu nennen, der in seiner Görbersdorfer Anstalt hervorragende Resultate mit einer durch stete ärztliche Ueberwachung geleiteten klimatisch-diätetischen Behandlung erzielte. Auf demselben Prinzip beruhen die heutigen, modernen Lungenheilstätten. Bei ihrer Errichtung wurde zum Theil der Hauptwerth auf das Höhenklima gelegt gemäß der Erfahrung, daß Tuberkulose in Höhen selten vorkommt. So gründeten Spengler und Unger im Hochthal von Davos die berühmte Krankenkolonie. Die Erfolge dieser Behandlungsmethode waren eklatant; allein die Unbemittelten, deren einziges Kapital die Gesundheit ist, mußten ihrer entrathen. Da trat helfend der Sozialismus ein. Unter der Führung fachkundiger Männer wurden meist aus wohlthätigen Mitteln Volkslungenheilstätten gebaut, in denen selbst der

Aermste der bisher erfolgreichsten Behandlungsweise theilhaftig werden konnte. Von großer Wichtigkeit ist das möglichst frühzeitige Erkennen der Krankheit, welches zur Voraussetzung hat, daß der Kranke bei den ersten Anzeichen einer möglichen Tuberkulose sich sofort zum Arzte begiebt, und daß dieser wiederum geschult genug ist, um eine Tuberkulose incipiens diagnostiziren zu können. — Schließlich noch ein Wort über die anderen Heilungsmethoden und Vorschläge. R. Kochs Tuberkulin 1890, dessen entzündungserregende Heilwirkung beim Lupus so augenfällig hervortrat, entsprach bei der Lungentuberkulose des Menschen den gehegten Erwartungen nicht; jedoch als Diagnosticum der Rindertuberkulose hat es unschätzbaren Werth. Die intravenöse Applikation von Zimmtsäure empfahl Landerer, um bei Tuberkulose innerer Organe eine langsame entzündliche Reizung und Bindegewebsbildung an den kranken Partien hervorzurufen. Von den verschiedenen Antisepticis, die innerlich gereicht wurden, hat sich nur das Kreosot halten können; ob seine Wirkung in Wahrheit auf Desinfektion der menschlichen Gewebe beruht oder auf seiner Eigenschaft als Tonicum, ist nicht entschieden. Symptomatisch z. B. gegen das Fieber erfreuen sich in letzterer Zeit die hydrotherapeutischen Prozeduren großer Beliebtheit. — Außerordentliches hat das 19. Jahrhundert geleistet; doch sehr vieles harrt noch der Klärung und Ausbauung, so z. B. die Frage der individuellen Anlage zum Erkranken an Tuberkulose, die Frage der Tuberkulose acquisita und congenita. Das neue Jahrhundert wird auch hierin Licht bringen.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber Fortschritte in der Behandlung der Fracturen seit Einführung der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. Von Prof. v. Bergmann (Berlin). In den letzten 10 Jahren hat die Lehre von den Knochenbrüchen zwei wichtige Fortschritte verzeichnet: die blutige Behandlung gewisser einfacher Fracturen behufs besserer Zusammenfügung und knöcherner Wiedervereinigung der Bruchenden und die genauere Erkenntniß der Bruchformen und Veränderungen an der Bruchstelle durch die Radioskopie und Radiographie.

Es giebt unstreitig Verhältnisse an der Bruchstelle, welche eine knöcherne Vereinigung der Bruchenden hindern. Die Einklemmung von Muskeln zwischen den Bruchenden, welche uns am häufigsten am gebrochenen Femur begegnet, ist ein solches Hinderniß. Leider können wir es durch die

Untersuchung mit den Röntgenstrahlen nicht mit der Bestimmtheit nachweisen, welche ein Einschneiden auf die Bruchstelle rechtfertigt. Wir können es nur vermuthen, wenn wir im Bilde, das der fluorescirende Schirm giebt, einen Zwischenraum zwischen den aneinander im Sinne einer Dislocatio ad longitudinem verschobenen Knochenflächen sehen und dieser helle Zwischenraum bei den verschiedensten Stellungen, welche wir dem gebrochenen Gliede geben, immer der gleiche bleibt. Aber andere lokale Ursachen einer ausbleibenden, knöchernen Consolidation zeigen uns die Röntgenstrahlen auf das allerdeutlichste. Insbesondere lassen sie uns solche an den Gelenkbrüchen und den Brüchen der kleinen Knochen entdecken. Es genügt ein Beispiel, um das zu erläutern, das Beispiel der Patellar-Fracturen. Schon Malgaigne beklagte sich über das häufige Ausbleiben einer festen Vereinigung bei diesen Brüchen und empfahl daher bei ihnen schon in der vorantiseptischen Zeit einen blutigen Eingriff: die Application seiner scharfen Klammern.

Malgaigne's Klammern sind ein viel gefährlicheres Mittel als der Schnitt und die Vernähung der Bruchstücke mit Silber- oder Bronce-Aluminium-Draht.

Die Untersuchung frischer Patellarfracturen mit den Röntgenstrahlen läßt drei Hindernisse der Heilung sofort erkennen.

1) Die auffallende Ungleichheit der beiden Fragmente bei den meisten Querfracturen. Das obere Bruchfragment ist sehr groß, das untere oft sehr klein. Jede Aneinanderfügung außer der durch Nähte muß in solchem Falle mißlingen.

2) Die beiden Bruchstücke bei einer Querfractur sind oft noch weiter getheilt, besonders an ihren Seitenrändern, und kleine von den Bruchflächen abgesprengte Knochenstückchen oder Splitter haben sich zwischen die Fragmente geschoben. Sie müssen herausgenommen oder fortgeschoben werden, um die für eine knöcherne Consolidation nothwendige Zusammenfügung zu bewerkstelligen.

3) Es dreht sich das eine Fragment, meist das untere, so um seine Querachse, daß die Bruchflächen sich gar nicht mehr berühren, sondern die Bruchfläche des einen Fragments auf die äußere Fläche des anderen stoßen würde, wenn man sie durch die ungetrennte Haut zusammenschöbe. Zur genauen Coaptation ist es nothwendig, die Bruchstücke direct anzufassen und zurecht zu drehen.

Alle diese Veränderungen in der Form und Lage der Bruchstücke kann man mittels der Röntgenstrahlen erkennen. Ein Blick auf ihre Darstellung im Röntgenbilde macht es ohne Weiteres klar, daß hier nur die Operation helfen kann. Es muß die Bruchstelle aufgesucht und bloß-

gelegt werden, damit die eben aufgezählten Hindernisse der Coaptation und Consolidation beseitigt werden und die Bruchstücke durch Metallnähte vereinigt werden können. v. B. hat in seiner Klinik in dieser Weise 25 Fälle operirt und fast immer eine knöcherne Consolidation erzielt. Die Operationen bewiesen, daß die Vereinigung knöchener und nicht fibröser Natur war und daß die Metallnähte anstandslos und dauernd einheilen. Deswegen ist die Operation die generelle Methode der Behandlung von Patellar-Fracturen.

Anders liegt die Operationsfrage bei anderen Knochenbrüchen, z. B. denen am unteren Ende des Radius, mit deren Studium sich ausführlich und gründlich Gallois beschäftigt hat. Sein Verdienst ist es, durch radiographische und experimentelle Untersuchungen unsere Kenntnisse von diesen Brüchen wesentlich gefördert zu haben. Während die Behandlung der Patellarfracturen eine fast gleichförmige geworden ist, ist die der Radiusfracturen eine durchaus verschiedenartige, je nach ihrem Sitze, ihrer Form und ihren Verschiebungen.

Die Radiographie hat ihren beträchtlichen Werth in der Diagnose sowohl, wie in der Therapie. Diagnostisch leistet sie uns unvergleichliche Dienste, indem sie uns die Zahl der Fragmente, ihre Form, ihre Stellung zu einander, ihre Verschiebung, die Lage der Knochensplitter, die Verkürzung des Gliedes klar und deutlich zeigt.

Um eine genaue Kenntniß von der Disposition einer Fractur zu erhalten, ist es nothwendig, unter zwei verschiedenen Winkeln zu photographiren; aber auch hier ist es manchmal (allerdings ausnahmsweise) möglich, eine Fractur zu übersehen. In den meisten Fällen von Fracturen giebt uns die klinische Diagnose zwar vollkommenen Aufschluß, aber die Radiographie vervollständigt und klärt diese sehr glücklich, ja, sie kann uns allein in den Fällen Gewißheit verschaffen, wo die Complicirtheit der Verletzungen oder eine beträchtliche Schwellung der Weichtheile die Diagnose unsicher machen. Und schließlich macht sie die Stellung der Diagnose weniger schmerzhaft, indem sie die untersuchenden Manöver auf ein Minimum beschränkt. Besonders werthvoll ist uns die Radiographie bei den Fracturen des Tibiotarsalgelenks, bei den Fracturen des Astragalus, welche noch vor einigen Jahren zu unrecht als sehr selten bezeichnet wurden; schließlich bei den Fracturen des Metatarsus, welche die Militärärzte sehr gut kennen und über deren Pathologie man seit langer Zeit discutirte, ohne ihre wahre Natur zu kennen.

Sehr interessant ist es, die Formation des Callus mit der Radiographie zu studiren. Die erste Periode entgeht einem natürlich; aber nach 12 Tagen ungefähr sieht man

an den Enden der Fragmente einen leichten Schatten auftreten, welcher mehr und mehr sich verdunkelt.

Die Dauer der Callusbildung ist verschieden. Sie erscheint um so länger, je voluminöser die Knochen sind. In gewissen Fällen, besonders bei den Schrägbrüchen der Tibia, kann der Callus lange Zeit unsichtbar sein, selbst dann, wenn die Consolidation vollkommen zu sein scheint. Die Radiographie läßt uns am Lebenden alle Verschiedenheiten des Callus studiren und zeigt uns, wie gewisse Calli eine vollkommene Coaptation der beiden Fragmente vortäuschen können, deren Reduction dennoch sehr schlecht ist. Sie läßt uns beobachten, wie beim Kinde der Vorgang der knöchernen Consolidation, anstatt sich auf die nächste Nachbarschaft der Fracturstelle zu beschränken, sich weit über die Knochenfragmente hinweg ausdehnt. Schließlich erlaubt sie uns, die innere Architectur des Callus zu studiren.

Aber nicht nur in der Diagnose, sondern auch in der Behandlung leistet uns die Radiographie Außerordentliches. Mit ihrer Hilfe kann die Reduction der Fragmente besser ausgeführt und beobachtet werden, bis zu welchem Punkte diese Reduction möglich ist. Mit ihrer Hilfe kann man die Stellung der Fragmente zu einander überwachen und sie je nach Nothwendigkeit während der Consolidation rectificiren. Sie gestattet uns ferner, die Wirkung der verschiedenen Apparate besser zu beurtheilen. Die Radiographie hat uns gezeigt, daß diese sehr häufig, wenn ihre Wirkung auch eine recht kräftige ist, dennoch weit entfernt sind, immer anatomisch vollkommene Resultate zu geben. Sie giebt uns ferner Aufschluß darüber, in welchen Fällen es gut ist, eine Knochennaht zu machen, die uns besonders in den Fracturen, die mit einem Gelenk communiciren, von großem Werthe sein kann. Wenn es sich um eine alte Gelenkfractur handelt, ist die Rolle der Radiographie noch eine viel wichtigere, denn sie allein kann uns die Stellung der Knochen, ihre Deformationen präcisiren, anzeigen, welche Operation gemacht werden, in welcher Richtung der Knochen durchtrennt werden muß etc.

Schließlich giebt uns die Radiographie Aufschluß über die Behandlung einer schlechten Callusbildung, mit anormalen Vorsprüngen, Deformationen und Sequestern.

Bei den complicirten Fracturen vereinfacht die Radiographie den blutigen Eingriff, der hier oft nöthig ist, ungemein. Sie macht das Suchen nach Knochensplittern unnöthig und liegt die Nothwendigkeit einer Knochennaht vor, so zeigt sie uns, ob und wie die Fragmente abgesägt werden müssen. Bei einer Gelenkfractur ist sie uns Richtschnur, ob es vorzuziehen ist, zu conserviren oder zu reseciren. Schließlich ist sie bei den Schußfracturen ein unvergleich-

liches Hilfsmittel, die Gegenwart eines Fremdkörpers zu constatiren.

Den Luxationen ist die Entdeckung Röntgen's viel weniger zu Gute gekommen als den Fracturen. Nichtsdestoweniger sind eine große Anzahl verkannter Luxationen erst durch die Radiographie festgestellt worden. Leider giebt sie uns keinen Aufschluß über die Ursachen der sehr häufig zurückbleibenden Starrheit und Steifheit in den Weichtheilen. Bei den veralteten Luxationen läßt uns die Radiographie die Neubildungen erkennen, welche sich der Reduction entgegensetzen. Schließlich hat uns die Radiographie einen besseren Einblick in das Studium und die Behandlung der congenitalen Hüftgelenksluxationen gewährt.

(Aus d. Verhdl. d. intern. med. Congreß zu Paris.)

Ueber die Verwendung subcutaner Gelatineinjectionen zur Blutstillung. Von Dr. Max Wagner, Assist. der med. Universitätsklinik in Leipzig. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, VI. Bd., 4. und 5. Heft.) Im Jahre 1898 führte Lancereaux die Erfahrung, daß intravenöse Gelatineinjection die Gerinnungsfähigkeit des Blutes erhöht, bei Behandlung von Aneurysmasäcken zuerst in die Praxis ein. Er spritzte 10proc. Lösungen von Gelatine in physiologischer Kochsalzlösung subcutan in die Nähe des Aneurysma und erzielte dadurch eine Verkleinerung des Tumors und Linderung der Schmerzen. Bald wurden aber von verschiedenen Seiten Stimmen laut, welche aus mannigfachen Gründen, wie Gefährlichkeit des Verfahrens, Druck auf Pulmonararterien und dadurch Entwicklung secundärer Lungenphthise, Emboli, intensive Schmerzen davon abriethen. Den Mißerfolgen und den durch theoretische Erwägung über die Art des Zustandekommens der Gerinnung bedingten Zweifeln stehen aber auch sichere Erfolge gegenüber. Die Brauchbarkeit der Methode wurde bald auch in deutschen Kliniken geprüft, ihre Anwendung ausgedehnt, indem man sie benutzte, um schwere Blutungen aus inneren, chirurgisch unzugänglichen Organen zu stillen. Die Anwendung der Gelatineinjection erstreckte sich in der Curschmann'schen Klinik in Leipzig auf schwere Lungenblutungen bei Phthisikern, Darmblutungen bei Typhus abdominalis, Magenblutungen bei Ulcus ventriculi und einen Fall von Blutung bei Sepsis cryptogenetica. W. benutzte eine 150 ccm fassende, leicht sterilisirbare Spritze und injicirte subcutan in die vorher desinficirte Haut am Oberschenkel meist nach Anästhesirung der betreffenden Hautstellen, unter mäßigem Druck 150 ccm einer erwärmten 2proc. Gelatine-Kochsalzlösung an einer resp. zwei verschiedenen Stellen. Ein Heftpflasterkreuz bedeckte dann die

Oeffnung. In den so behandelten Fällen schwerer Lungenblutung bei fortgeschrittenen Phthisen, wo trotz Ruhe, Eis, Morphium und Secale die Blutung nicht stehen wollte, trat kurz nach der ersten Injection ein Nachlaß der Blutung ein, bei vier derselben sofortiger Stillstand, ohne sich zu wiederholen. Einer starb acht Tage nach der Blutung, die aber nach mehreren Injectionen völlig aufgehört hatte. Ein 24-jähriger Mann hatte in sechs Wochen 14 zum Theil sehr abundante Lungenblutungen, die durch die bekannten Mittel nicht beeinflußt werden konnten. Noch während der Lungenblutung wurden 200 ccm Gelatinelösung injicirt und in den nächten 12 Tagen zehnmal wiederholt. Nach der Injection stand die Blutung vollkommen und kehrte durch sechs Wochen nicht wieder, so daß Patient bedeutend gebessert entlassen wurde. Nicht so günstig waren die Resultate bei den Darmblutungen der drei Fälle von Typhus abdominalis, die allerdings von vornherein sehr ungüstig waren; sie starben bereits nach kurzer Zeit. Siebenmal waren Injectionen bei starker Hämatemesis infolge Ulcus ventriculi vorgenommen worden. Ein Patient, der völlig ausgeblutet hineinkam, starb auch nach zweimaliger Gelatineinjection und einer Infusion von Kochsalzlösung. Von den anderen Fällen stand bei vier gleich nach der ersten Injection die Blutung, bei den beiden anderen nach der zweiten. Der Patient mit Magenblutung infolge schwerer Sepsis konnte nicht gerettet werden. Nachtheile sind von W. in keinem Falle gesehen, der Schmerz des Einstechens der Canüle ist bei Anwendung des Aethersprays ein minimaler, und bei langsamer und unter mäßigem Druck vollführter Injection ist über Schmerzen nur vorübergehend geklagt worden; die Resorption erfolgte auch ohne Massage meist nach $^3/_4$ bis spätestens 2 Stunden. In neuester Zeit ist die Gelatine auch local und innerlich bei den verschiedensten Blutungen benutzt worden. So erzielte Heymann bei einem 23jährigen Bluter, der an Nasenbluten litt, und bei dem er die hypertrophische Rachenmandel wegnahm, Stillstand der Blutung, als er 140 ccm einer 2,5 proc. Gelatinelösung injicirt hatte. Trotz Anwendung von Eis, Ferropyrin und Tamponade war dies vorher nicht gelungen. Es blutete durch die Tampons hindurch, nach mehrmaliger Injection konnten die Tampons wegelassen werden. Krause berichtet von einem Bluterguß in's Kniegelenk eines Hämophilen; nach Punction und Ausspülung blutete es immer wieder, aber bereits einmalige Einspritzung von 200 ccm Gelatinelösung brachte Stillstand der Blutung. In drei Fällen von cholämischen Blutungen bei Icterischen nach Gallensteinoperationen, die sehr gefürchtet und lebensgefährlich sind, hat Kehr obiges Verfahren angewendet und in allen mit überraschendem Er-

folg. Er ist von der Wirksamkeit desselben so überzeugt, daß er es in Zukunft prophylactisch anzuwenden gedenkt. Günstige Erfolge wurden auch bei starker Metro- und Menorrhagie mit in 5proc. Gelatinelösung getränkten Tampons errungen, desgleichen bei Nasenblutungen. Innerlich hat bisher allein Bauermeister die Gelatine angewandt: bei vier Fällen von Magenblutung und einer Lungenblutung; er gab von einer 7—10proc. Lösung täglich 3—4 Eßlöffel und hatte in allen Fällen Nachlaß der Blutung. Nach diesen Erfahrungen glaubt W. die Methode der subcutanen Gelatineinjection empfehlen zu können, sie stellt ein Mittel dar, das — zum mindestens nicht schädlich — bei sonst hoffnungslosen Zuständen noch einen Erfolg erhoffen läßt. Seine eigene Erfahrung, wie die Anderer und die Thierversuche Dastre's haben das dargethan. W. hält die weitere practische und theoretische Prüfung der Methode für dringend erwünscht.

Ueber die Behandlung inoperabler Krebse. Von Prof. Dr. Cerny-Heidelberg. (Vom 29 Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 18.—21. April. Nach dem Bericht der Berliner klinischen Wochenschr) Nach den Statistiken seien 75 pCt. aller chirurgischen Carcinome inoperabel, nach Dührssen werde von den Carcinomen des Uterus nur der 10. Theil geheilt. Das ist gewiß ein trauriges Resultat und er ist durch diese schlechten Resultate zu dem wohlüberlegten Schluß gekommen, daß er einen Patienten mit einem inoperablen oder schwer zu operirenden Carcinom lieber in der Hoffnung, doch noch gesund zu werden, zu Grunde gehen sieht, als daß er mit so traurigem Resultat, welches die beste Operation oft nicht vermeiden kann, operirt wird und seine Hoffnung auf Genesung schwinden sieht. Das Vertrauen zum Arzte ist eine Hauptsache grade bei den bösartigen Geschwülsten. Nur durch die Erschütterung desselben fallen die Patienten oft der Curpfuscherei anheim. Hier haben Arzt und Publikum zu gleichen Theilen Schuld. Bei letzterem ist es zumeist der Wunderglaube an verschiedene pflanzliche oder auch sympathische Mittel, der die Schuld trägt, dann aber auch die Leichtigkeit, mit der heutzutage der Patient andere Aerzte unter Umgehung seines Haus- oder behandelnden Arztes fragt. Der Hausarzt ist in vielen Fällen nur der dünne sympathische Nervenstrang, der zum Spezialisten hinleitet. An den Aerzten liegt die Schuld, weil die Diagnose Carcinom für viele ein Horror ist. Viele junge Aerzte können und viele ältere wollen damit nichts anfangen, wenn sie den Fall für inoperabel halten. Doch muß er gerade ein Hauptgewicht auf die Behandlung dieser Art von Carcinomen

legen. Mit der Diagnose „Krebs“ will er überhaupt „alle bösartigen Geschwülste bezeichnet wissen, welche weiter wuchern und durch Infektion oder Marasmus schließlich zum Tode führen“. Soll man nun jeden Krebs operiren? Soweit wie möglich, ja, sogar bei dem so sehr gefürchteten Carcinoma lenticulare will er eine Exstirpation weit im Gesunden versucht wissen. Manchmal gelingt es, ihn so zu heilen. Drei Dinge sind es, die vor Allem bei der Behandlung des Carcinoms vermieden werden müssen: Blutung, Jauchung und Schmerzen. Als Palliativ-Operation kommt hier manchmal die Unterbindung der zuführenden Gefäße in Betracht, wie sie beim Zungencarcinom sich nicht selten von gutem Erfolge erweist. Ferner die Auslöffelung und das Ferrum candens. Durch Ausschabung und Aetzung bringen wir den Patienten oft Erleichterung und manchmal Heilung. Die Aetzung soll am besten eine chemische sein und hier haben sich ihm die 20—50proc. Chlorzinklösungen, mit denen Gazestreifen befeuchtet werden und die Wundhöhle tamponirt wird, am vortheilhaftesten gezeigt. Bei flachen Geschwüren ist auch eine Aetzpaste am Platze. Bei den Carcinomen der Cervix uteri leistet der Thermokauter oder die Heißluftbehandlung mit nachfolgender Aetzung gute Dienste, nur soll man nicht vergessen, die Scheide gut einzufetten und sie nachher mit in 5proc. NaCl.Lösung getauchten Gazestreifen gut auszustopfen. Auch bei Rectumcarcinom hat C. gesehen, daß nach Chlorzinkätzung ein vorher für inoperabel gehaltenes Carcinom beweglich wurde und dann exstirpirt werden konnte. Bei recidivirtem Carcinom der Clavicula, des Gesichts etc. konnte er nach 10—50proc. Chlorzinkätzung fast stets einen guten Erfolg aufweisen. Bei 48 Uteruscarcinomen erreichte er nach Ausschabung und Tamponade kein Resultat, dagegen nach weiterer Chlorzinkätzung Heilung. Cerny theilt dann noch mehrere Krankengeschichten mit, wo z. B. nach Auslöffelung, Abtragung und Aetzung mit 30proz. Chlorzinklösung bei einem von autoritativer Seite für inoperabel gehaltenen Carcinom Heilung erfolgt ist. Er hat auch Aetzungen mit Formalin als 10 bis 30proc. Umschlag, mit Arsenpaste und Sol. Fowleri als Injektion versucht, doch diese machen Entzündungen und Schmerzen, nicht selten auch Vergiftungen. Von Arsen und Jodkali, von dem Cancroin-Adamkiewicz hat er ebensowenig wie von den zahlreichen anderen Injectionsmitteln und der elektrischen Behandlung Nutzen gesehen. Aber auch die Pflanzenmittel will er nicht vermissen, wenn er sieht, daß der Kranke diese Dinge, die ihm heilkräftig dünken oder von deren Heilkraft er gehört hat, erproben will, wenn er auch zugeben muß, daß alle Versuche, durch allgemeine Behandlung Heilung zu erzielen, nutzlos sei. Ein Lichtblick

für die Carcinombehandlung schien es zu sein, als man erfuhr, daß das Erysipel auf die Resorption des Sarkoms so vortheilhaft einwirkte, aber auch diese Hoffnung hat sich nicht erfüllt. Ueberhaupt werden wir zu einer rationellen Grundlage für die Behandlung des Carcinoms erst dann gelangen, wenn die Ursachen selbst des Carcinoms erforscht worden sind. Daher ist die Initiative des Cultusministeriums mit Freuden zu begrüßen, welches zu einer Sammelforschung zur Erforschung des Krebses auffordert und auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie sollte dies unterstützen, und zur besseren Erforschung, zum gründlicheren Studium sollten die Carcinomkranken in besondere Hospitäler kommen. Die Statistik hat gezeigt, daß die Krebsseuche fortwährend zunimmt, in England ist sie auf das Vierfache gestiegen, in Newyork soll sie die Tuberkulose, den Typhus und die Blattern zusammen um das 10fache übertreffen. Sie ist in Städten häufiger als auf dem Lande, die Erkrankungen sind um so zahlreicher, je enger und dichter die Menschen beisammen wohnen. Das spricht für eine von außen kommende Ursache. Daher soll man wie in London, Newyork und in anderen Städten Cancer-Hospitäler bauen mit allen Einrichtungen moderner Forschung und Behandlung. Diese Hospitäler sollen nicht Sinecuren für alternde Bezirksärzte sein, sondern junge Aerzte mit jugendlichem Forscherdrang sollen sie leiten; denn keine Krankheit fordere so sehr das Mitgefühl mit den armen Leidenden wie das Carcinom.

Chlorzinkätzungen bei inoperablen Tumoren. Von Dr. Friedrich Völcker. Die alten Aetzmethoden leben wieder auf, aber jetzt nicht mehr als Ersatz des Messers, sondern als willkommene Ergänzung desselben für jene Fälle von malignen Neubildungen, die für eine exacte Exstirpation nicht mehr zugänglich sind. Besonders geeignet für diese Behandlung erscheinen exulcerirte Carcinome des Uterus, tief sitzende Rectumcarcinome und carcinomatöse Drüsentumoren am Halse. Außerdem wäre dieses Verfahren auch noch anzuwenden in Fällen von Tumoren, die an und für sich noch operabel, die aber so weich und brüchig sind, daß die Gefahr besteht, der Tumor könnte platzen und die Wunde mit Krebskeimen überschwemmen, endlich auch bei Leuten, die wegen anderer gleichzeitig vorhandener Erkrankungen, wie Diabetes, Albuminurie, für einen größeren operativen Eingriff ungeeignet erscheinen. Völcker schildert genau das auf der Klinik Czerny angewendete Verfahren, welches in Folgendem besteht: Der Tumor wird mit Scheere und scharfem Löffel vorsichtig excochleirt, wobei nach Möglichkeit der scharfe Löffel in alle Nischen eindringen muß; in der Nähe von lebenswichtigen Organen ist Vorsicht geboten.

Von besonderer Wichtigkeit ist die genaue Blutstillung, weil sonst das Chlorzink vom Blute theilweise gebunden, theilweise wieder verdünnt wird. Je nach der Lage der Wunde wird dieselbe entweder mit der Hand oder mit steriler Gaze comprimirt, bis die Blutung steht; wenn die Höhle ausgespült wurde, muß sie vor der Aetzung sorgfältig ausgetrocknet, wenn nothwendig mit Alkohol. absol. ausgewaschen werden. Wenn die Compression die Blutung nicht zum Stillstand bringt, dann ist die Tamponade der Höhle für 24 Stunden oder die Verschorfung mit dem Paquelin vorzunehmen und die Aetzung erst in der nächsten Sitzung auszuführen. Die Aetzung wird vermittelst Chlorzinkgaze ausgeführt, welche durch Eintauchen von Streifen steriler Gaze in bereitstehende Chlorzinklösungen von 15—50% Concentration hergestellt wird. Der Streifen wird mit der Pincette locker ausgedrückt und in die Höhle eingelegt, nachdem er noch früher mit einem langen Faden behufs leichterer Entfernung versehen wurde. Je nach dem Wunsche, die Aetzung tiefer oder oberflächlicher herbeizuführen, wird die concentrirtere oder schwächere Lösung benützt.

Die Vortheile der in einer Chlorzinklösung getränkten Tampons gegenüber der früher benutzten Pasta bestehen erstens in der genauen Dosirung der Aetzwirkung, zweitens in der Möglichkeit, das Chlorzink in genauen Contact mit der ganzen Wunde zu bringen, da die Gaze besser in alle Nischen hineingedrückt werden kann, als eine feste Masse, drittens besteht die Möglichkeit, die Tampons und somit auch das Chlorzink zu jeder Zeit vollständig zu entfernen, und endlich gelingt es durch die Gaze, die Wirkung des Aetzmittels auf die kranken Theile zu beschränken, während die Pasta sich allmälig verflüssigt und dann über gesunde Theile fließt. Zum besseren Schutze der Umgebung dient das Bestreichen mit Jodoformvaseline oder einer 30%igen Natr. bicarb.-Salbe.

Bei oberflächlichen Carcinomen wird die modificirte Canquoin'sche Pasta gebraucht. Dieselbe besteht aus 20 Theilen Chlorzink und 15 Th. Farina trit., die nach Zusatz von einigen Tropfen Wasser zu einer teigigen Masse angerieben werden. Nach Zusatz von 5 Th. Zinkoxyd wird der Pasta dann die gewünschte Form gegeben (Kugeln, Cylinder, Kuchen, Aetzpfeile); der Zusatz von Zinkoxyd verleiht der Pasta die Fähigkeit, nach Belieben zurechtgeschnitzt werden zu können.

Der dauernde Contact von Chlorzink mit wunden Stellen verursacht Anfangs ein Gefühl von Wärme, bald folgt ein heftiger Schmerz, der in dem Maße, als die Aetzwirkung sich erschöpft, geringer wird und nach 2—3 Tagen ganz aufhört. Je nach der Concentration der Lösung dringt der

Aetzschorf $^1/_3$—2 cm in die Tiefe. Die Abstoßung geschieht nach 8—12 Tagen, der Aetzschorf selbst ist trocken, derb und zähe.

Die Gefahr der Chlorzinkresorption von der geätzten Stelle ist nach vorgenommenen Versuchen nicht groß, trotzdem empfiehlt es sich, vorsichtig zu sein, wenn man bei schwächlichen Individuen größere Flächen ätzen muß, und lieber die Aetzung auf mehrere Sitzungen zu vertheilen. Sehr wichtig ist ferner, sich die große Aetzwirkung des Chlorzinks auf Schleimhäute stets vor Augen zu halten und daher beim Aetzen von Wunden, die mit dem Pharynx in Verbindung stehen, die äußerste Vorsicht zu gebrauchen. Das Einfließen von größeren Mengen Chlorzink in den Magen ist absolut tödtlich; am besten ist es hier, die Aetzungen ganz zu unterlassen, ebenso auch in der Nähe der Respirationswege. Eine weitere Gegenindication ist die Nähe des Peritoneums, wegen der Gefahr der Peritonitis, dann die Nähe der Ureteren und der Blase. Die Nähe großer Gefäße ist keine absolute Contraindication für die Aetzung, weil sich gewöhnlich im Gefäße Thromben bilden.

Es liegt in der Wahl des für die Aetzung mit Chlorzink verwendeten Krankenmateriales (fast durchgehends inoperable Fälle), daß der Procentsatz der günstigen Ausgänge kein großer war; es wurden aber, trotz der schlechten Prognose, mit dieser Methode einige Heilungen und viele auf Jahre sich erstreckende Besserungen der sonst für inoperabel gehaltenen Tumoren erzielt. — (Beit. z. klin. Chir., Bd. 27, H. 3.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Die Stirnlagen und deren Behandlung. Von Prof. Friedrich Schatz. Die Stirnlagen sind gewissermaßen die Querlagen des Kopfes; sie kommen bei normal gebauten Kindern als stabile Lagen gar nicht vor, sondern nur als Uebergangsstadium. Entstehen sie während der Geburt bei Mangel jeden Widerstandes, wie z. B. beim zweiten Zwilling, so sind sie ganz bedeutungslos, da kein Hinderniß für die Geburt vorhanden ist. Gewöhnlich ist aber der Widerstand bei ihnen sehr groß und der Mechanismus sehr exakt, nur ist ersterer nicht an der gewöhnlichen Stelle und daher letzterer nicht ohne weiteres zu erkennen.

Die meisten stabilen Stirnlagen entstehen durch einen Rückzug am Kindskopf mittels des Halses des Kindes. Ist durch diesen Rückzug der Wirbelsäulenansatz der höchstgelegene Theil des Kopfes geworden, so ist die Stirn der tief-

liegende. Meist entsteht dieser Rückzug durch Krampf des Isthmus uteri des inneren Muttermundes — des Bandl'schen Ringes. Die krampfhafte Verengung dieser Stelle umschnürt den Hals, nachdem sie den Kopf durchgelassen, resp. zieht die Schultern nach oben und damit Hals und Schädelbasis.

Die Behandlung soll zuerst immer auf den Krampf des inneren Muttermundes Rücksicht nehmen, da dieser von selbst kaum schwindet, erst spät, wodurch die schmerzhafte Geburt sehr lange verzögert wird. Man erkennt den Krampf an den eigenthümlich schmerzhaften Wehen mit Preßgefühl ohne entsprechenden Tiefstand des Kopfes, sowie an der Einschnürung um den Hals des Kindes.

Ist das Os externum vollständig erweitert und der Kopf nicht groß und gut beweglich, so wird die Kreißende narkotisirt, die Zange zu beiden Seiten des Kopfes angelegt, ohne diesen zunächst direkt zu fassen, dann stellt man innerhalb der Zange durch Herabziehen des Kinnes mit Zeige- und Mittelfinger während der Wehenpause die Gesichtslage her, schließt die Zange an dem in Gesichtslage befindlichen Kopf und zieht ihn so herab, daß das Kinn in den Schambogen zu liegen kommt und da liegen bleiben muß. Da sich jetzt der Kopf nicht mehr um seine Querachse drehen kann, wird derselbe, während der Krampf durch die Narkose aufhört, leicht entwickelt.

Ist das Os externum noch eng oder der Kopf nicht so handlich, so wird man mit Wärme, Bädern, Schwitzen, Morphium den Krampf bekämpfen. Ist einmal starke Konfiguration eingetreten, so wird man sich begnügen müssen, den Kopf so, wie er konfigurirt ist, zu extrahiren, muß aber dabei narkotisiren, um den Krampf zu vermindern, und kann dann auch die Zange über Stirn und Hinterhaupt anlegen, damit sie nicht abgleite. Zweckmäßig ist dies aber nur bei relativ hohem Kopfstand. Bei tieferem Kopfstand wird man, wenn dies ohne besondere Schwierigkeit möglich, ehestens Nacken- und Nasenwurzel in den Schambogen einleiten.

Die künstliche Ernährung des Säuglings. Von Prof. Dr. O. Heubner in Berlin. (Vortrag, gehalten in der Abtheilung für Kinderheilkunde des XIII. internationalen medizinischen Congresses zu Paris.) Die wissenschaftlichen Grundlagen für das Vorgehen bei der künstlichen Ernährung des Säuglings können nur durch das Studium des reifen und gesunden Säuglings, nicht des kranken gewonnen werden. Ebensowenig wie die Krankenkost der Erwachsenen ein Vorbild für die Ernährung eines Arbeiters abgeben kann, ebensowenig können Erfahrungen über Nährerfolge oder Mißerfolge beim verdauungsschwachen Säugling zur Richtschnur für die Nahrung des normalen Säuglings genommen werden.

Dieses geschieht aber heutzutage noch vielfach seitens der Aerzte aus dem leicht begreiflichen Grunde, weil diese vorwiegend erkrankte Säuglinge zur Beobachtung bekommen. Letzterer Umstand hat zur Folge, daß über die verständigste und nützlichste Methode, den gesunden Säugling künstlich zu ernähren, wissenschaftlich verwertbares Beobachtungsmaterial in keineswegs großem Umfange vorliegt. Obwohl jährlich hunderttausende von Kindern mit Erfolg künstlich aufgezogen werden, besitzen wir doch noch kaum soviel fortlaufende Beobachtungen über Mengen und Zusammensetzung der täglichen künstlichen Nahrung gut gedeihender Kinder, wie sie für die natürliche Ernährung bekannt gegeben sind. Und doch sind auch diese noch immer spärlich genug. So ist denn in dieser Lehre noch immer viel mehr Speculation und Construction als wissenschaftliches Fundament.

Von jeher aber hat der gesunde Menschenverstand den Pflegern der Säuglinge gesagt, daß der geeignete Ersatz der Muttermilch in der Thiermilch zu suchen ist. Die chemische Forschung bestätigt dieses, denn sie lehrt, daß die Milch unserer Hausthiere, besonders des Rindes und der Ziege, wenigstens in Bezug auf ihre Hauptnährstoffe sich kaum mehr von der Frauenmich unterscheiden, als zum Beispiel verschiedene Fleischsorten, wie etwa Rindfleisch und Schinken, die doch vom Kind wie vom Erwachsenen in bunter Reihenfolge nach- und nebeneinander genossen werden. Auch der allgemeine Nährwerth, ihr Gehalt an potentieller Energie ist in beiden Fällen nahezu der gleiche (pro Liter 650—700 Calorien).

Der gesunde Säuglingsdarm ist im Stande, die einzelnen Nährstoffe der Kuhmilch ebenso gut, wie die der Muttermilch zu verdauen. Nur ist die Verdauungsarbeit, die er dabei zu leisten hat, in ersterem Falle größer als im letzteren, weil doch mehr Eiweiß und weniger Kohlehydrat an der Energiezufuhr betheiligt ist, und das große Eiweißmolekül. So bleibt nach beendigter Verdauung der Kuhmilch auch eine größere Menge von Schlacke zurück als bei der Frauenmilch.

Aber alle bisher am Säugling selbst angestellten Untersuchungen lehren, daß das Kind völlig im Stande ist, seinen Energiebedarf aus der Kuhmilch zu decken, wenn sie ihm in dem äquivalenten Betrage zugeführt wird, wie die Nahrung aus der Mutterbrust im entsprechenden Zeitpunkt seiner Entwicklung. Dieser physiologische Werth der von der Mutterbrust gelieferten Calorienmenge ist freilich nicht bei jedem einzelnen Individuum gleich, sondern hat, wie alle solchen biologischen Werthe, eine gewisse Breite nach oben und unten.

Aufgabe der künstlichen Ernährung ist es, diesen uns

bekannten physiologiſchen Werth durch genaue Dosirung der Thiermilch, mag man sie unverdünnt oder verdünnt, mit oder ohne Zurüstungen verabreichen, Tag für Tag innezuhalten.

Die Schwierigkeiten der künstlichen Ernährung liegen einmal in dem consequenten genauen Abmessen der täglichen Zufuhr nach dem eben bezeichneten Regulator.

Die Mutterbrust dosirt innerhalb der bezeichneten Grenzen genau, die Kindespflegerin fast immer ungenau. Die Ueberſchreitung der physiologiſchen Breite nach oben oder nach unten aber führt über kurz oder lang zur Erkrankung.

Zweitens in der Gefahr der Verunreinigung und der Zersetzung der Thiermilch, bevor sie zum Genusse gelangt. Dieser Gefahr ist die Muttermilch nicht ausgesetzt. Man hat sie bei der künstlichen Ernährung erst mit Erfolg auszuſcheiden gelernt, seit man gesehen hat, daß bei der Milchgewinnung und Zubereitung nicht nur makroskopiſche Reinlichkeit, sondern antibacterielle Asepsis unbedingtes Erforderniß ist.

Die Erzielung bacterieller Reinheit der Milch für Säuglinge ist der größte Fortſchritt in der künstlichen Ernährung, den das Jahrhundert gemacht. Um diese in der zur Zeit möglichen, aber auch genügenden Vollkommenheit herbeizuführen, ist langdauerndes Erhitzen auf 100° unnöthig, genügt vielmehr ein 5 bis höchstens 10 Minuten langes Abkochen. Ja es ſcheint sogar eine während der Dauer von 25 Minuten nur auf 65° erhitzte Milch die guten Eigenſchaften der sterilisirten Milch ohne ihren unangenehmen, veränderten Geſchmack und Nährmerth zu erlangen (Forster).

Ganz anders als beim gesunden Säuglinge liegen die Dinge bei dem verdauungskranken. Hier ist die Kraft der Darmverdauung, hier aber auch der harmoniſche Ablauf des intermediären Stoffwechsels beeinträchtigt. Dementsprechend nimmt die Fähigkeit, aus den zugeführten Nährstoffen die gleiche Energie frei zu machen, ab. Die größten Schwierigkeiten ſcheint in dieser Beziehung nicht, wie man früher meinte, das Eiweiß, sondern das Fett zu bereiten — eine Thatsache, die übrigens den analogen Verhältnissen beim Erwachsenen entspricht. Aber auch der zu große Eiweißgehalt der Nahrung kann unzuträglich werden, selbst der Milchzucker kann, indem er ungenügend verbrannt wird, dem Zwecke der Ernährung untreu werden.

Jetzt muß die Ernährung auf Umwegen zum Ziele zu gelangen suchen. Der Fett- oder Eiweißgehalt des Nahrungsgemiſches wird durch Verdünnung der Milch bis auf das Drittel vermindert, dafür das Kohlehydrat bis zu der Höhe des Muttermilchgehaltes an Milchzucker durch directen Zusatz vermehrt werden müßte. Außerdem wird es nützlich

sein, noch ein weiteres Kohlehydrat zuzuführen. Hierzu empfiehlt sich nach H.'s Erfahrungen viel mehr als einfaches Mehl die aus Zwiebackmehl hergestellte Suppe (Opels Nährzwieback, die verschiedenen Kindermehle).

Man versucht ferner die Eiweißverdauung zu erleichtern, indem man diesen Stoff vor der Mischung der Nahrung peptonisirt (Voltmers Milch, Backhaus Milch, Lait peptonisé).

Oder man nimmt Magermilch aus der Molkerei, sogar Buttermilch (de Jager), und setzt dieser Zwiebackmehlsuppe zu.

Oder man ersetzt auch das Kohlehydrat durch ein anderes, leichter verbrennbares. Dieses scheint von der Maltose zu gelten (Liebig's Suppe, Keller's Malzsuppe).

Oder endlich man versucht nur den Eiweißgehalt zu erniedrigen, dagegen durch Zusatz oder Centrifugieren den Fettgehalt und ebenso durch Zusatz den Zuckergehalt der Mischung auf die Höhe der Muttermilchgehalte zu bringen (Gaertner's Fettmilch, Biederts Rahmgemische).

Im Vorstehenden dürften die gebräuchlichsten Grundsätze dargelegt sein, von denen man sich bei der Herstellung künstlicher Nahrung für schwache und kranke Säuglinge leiten läßt.

Es gelingt mit allen diesen Methoden in zahlreichen Fällen, die Säuglinge wieder zum gesunden Zustande zurückzuführen.

Wo alles versagt, bildet noch immer das letzte Auskunftsmittel die Wiederanlegung des Säuglings an die Brust, die schließlich allen künstlichen Nährformen überlegen bleibt.

Verschiedenes.

Ueber Celluloidbrillen, insbesondere über Schutzbrillen aus Celluloid. (Bericht der Ophthalmolog. Gesellschaft.) Es ist bekannt, daß eine gute Schutzbrille noch zu erfinden ist. Man glaubt, dem Problem durch Verwendung von Celluloid näher zu kommen, nachdem es endlich gelungen ist, ihm eine Durchsichtigkeit zu geben, „die nur wenig geringer ist, als die des Glases. Die C.-Brillen (Fabrikant Kirchner und Wilhelm-Stuttgart) sind sehr leicht und lassen sich der Form des Augenhöhlenrandes genau anpassen, zweckmässig angebrachte Löcher sorgen für Ventilation. Nur bei gewissen Feuerarbeitern dürfte ihre leichte Verbrennlichkeit ein Hinderniss für die Verwendnng sein. Sie werden in verschiedenen Farben hergestellt und mit Gummiband befestigt; auch für Doppelbilderprüfung sind sie sehr geeignet.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 11. XXXXI. Jahrgang 25. Nov. 1900.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber Basol und die Vasaponpräparate; Originalartikel von D. E. Sommer in Thayngen (Schweiz). Kreosotal-Leberthran; Originalart. von Dr. Bachmann in Ilfeld. — Das neue Arzneibuch für das deutsche Reich. Ein Beitrag zur Kenntniß der Terpentinölwirkung. — Das Bronchial-Asthma und seine Behandlung. Ueber die Luft-Liegekur bei der Behandlung der chronischen Lungentuberkulose. Zur Symptomatologie und Therapie der durch den Trichocephalus dispar verursachten Gesundheitsstörungen. — Ueber die Behandlung inficirter Wunden mit Wasserstoffsuperoxyd. Die Dauersonde bei Behandlung der Harninfection, der Prostata- und Urethralblutungen. — Ueber die Ursachen der klimakterischen Blutungen. Zur Verhütung des Kindbettfiebers. Stypticin, ein neues Heilmittel. Die Therapie der anämischen Zustände im Kindesalter. Ueber das Baden Neugeborener. — Zur Stillung von Nasenbluten. Die Ausstattung des ostasiatischen Expeditionskorps mit ärztlichem Personal.

Ueber Basol und die Vasaponpräparate.

Original-Artikel von Dr. E. Sommer, Thayngen (Schweiz).

Unter nachstehenden Namen bringt die Firma Bohny, Hollinger & Cie., Basel (Schweiz) neue Medikamente in den Handel, auf die ich die Herren Kollegen aufmerksam machen möchte: Basol, ein gutes, billiges Ersatzmittel des Lysol und verschiedene Vasaponpräparate, welche die Vasogene vortheilhaft bei billigerem Preis und gleicher Wirkung ersetzen.

Basol ist ein 50% Kresol enthaltendes Kresol-Seifenpräparat von klarer, rothbrauner Farbe, ölartiger Consistenz und eigenthümlichem, nicht unangenehmem, leicht an Karbolsäure erinnerndem Geruch. Lösungen in jedem Verhältniß sind in destillirtem Wasser völlig klar und längere Zeit haltbar; mit gewöhnlichem Leitungswasser bereitet, werden sie leicht opalisirend, zeigen aber dieselbe Wirksamkeit wie die Solutionen in der Aq. dest. Spezifisches Gewicht 1,050. Basol ist ein so gut wie ungiftiges Antisepticum und Desinfectionsmittel, dessen Verkaufspreis ca. 20% unter demjenigen des Lysol ist. Es läßt sich überall mit Vortheil an Stelle des Lysol und überhaupt der in flüssiger Form zur Anwendung kommenden Antiseptica gebrauchen und die bis jetzt von den verschiedensten Seiten, auch aus der Veterinärpraxis, vorliegenden Berichte lassen im Basol ein Medikament erkennen, das eine große Zukunft hat. Ich selbst gebrauche statt Lysol und Sublimat seit einiger Zeit Basol und bin mit seiner Wirkung stets wohl zufrieden.

Anwendung: a) äußerlich als billiges, wirksames, relativ ungiftiges Antisepticum, das in Lösungen von 1—2%, für Haut und Schleimhäute reizlos, sich durch Resorbirbarkeit und energische Wirkung vortheilhaft auszeichnet. Zur Desinfektion von Aborten und Abfallstoffen ist eine 5% Lösung erforderlich. b) innerlich: ob Basol, ähnlich wie einige andere Antiseptica, bei gewissen Hautkrankheiten etc. bei innerlicher Anwendung Erfolge aufweist, müssen weitere Untersuchungen erst lehren.

Vasapon ist ein Verseifungsprodukt von Kohlenwasserstoffen. Der Grundstoff kommt in zweierlei Form in den Handel, als Vasapon. liq. und spissum. Vasapon. liq. ist eine gelbbraune, ölartige Flüssigkeit von eigenthümlich aromatischem Geruch; es bildet mit Wasser eine weiße Emulsion. Diese außerordentlich wichtige Thatsache der Existenz eines flüssigen Vasapon, das im Stande ist, die verschiedensten Medikamente in sich aufzunehmen, entweder in organischer Bindung oder haltbarer Lösung, ermöglicht es dem Arzt, jedes gewünschte Medikament in beliebiger Concentration dem Vasap. liq. beimischen zu lassen; er ist also nicht an die fertigen, in den Apotheken vorräthigen Vasaponcombinationen und bestimmte Concentrationen gebunden, sondern kann nach Wunsch ordiniren. Sämmtliche Vasaponpräparate zeichnen sich durch ihre Reizlosigkeit und völlige Resorbirbarkeit vortheilhaft aus. Es werden z. Z. folgende fabrizirt:

Jodvasapon 6% (Ersatzmittel für die reizende Jodtinctur und interne Jodmittel) kommt überall da zur Anwendung in Form von Einreibungen, wo Jodpräparate indizirt sind. Es ist sehr wirksam, wird von der Haut gut vertragen und schnell resorbirt: schon nach kurzer Einreibung ist die Jodfärbung der Haut verschwunden. Dosis: 1—2 mal täglich ½—1 Kaffeelöffel voll ca. 10 Minuten lang tüchtig einreiben.

Ichthyolvasapon 10—50% zeichnet sich besonders durch rasche und energische Tiefenwirkung aus und ersetzt Ichthyol pur. und seine verschiedenen Mischungen. Das Ichthyol ist mit dem Vasapon. in derartiger Bindung, daß es sich nicht etwa, wie gelegentlich bei Salben, durch Schmelzung des Lösungsmittels von diesem trennt, sondern es dringt mit demselben durch die Haut. Dosis und Anwendung wie bei Jodvasapon.

Jodoformvasapon 1 und 2% hat vor sämmtlichen bis jetzt gebräuchlichen Jodoformemulsionen den Vorzug voll ständiger Lösung für sich (ohne irgend welche reizende Zusätze, wie Aether, Alkohol etc.). Das Präparat ist von hellgelber, durchaus klarer Farbe und der unangenehme Jodoformgeruch fast vollständig verdeckt. Es ist das Wundheilmittel par excellence und beeinflußt auch tuberkulöse Prozesse günstig.

Campher Chloroformvasapon $\overline{aa}$; Mentholvasapon 10%, Methylsalicylatvasapon 50% und Salicylsäurevasapon 2 und 10% sind gute Antineuralgica und Antirheumatica. Kreosotvasapon 20% und Guajacolvasapon 20% zeigen prompte Wirkung bei tuberkulösen Prozessen.

Diese Vasaponverbindungen kann ich auf Grund vielfacher Anwendung bestens empfehlen. Außerdem werden noch Encalyptol-, Theer- und Naphtholvasapon fabrizirt. Jeder Apotheker ist, wie oben erwähnt, im Stande, jede Verordnung in beliebiger Concentration auszuführen; man verordne einfach das beizufügende Medikament und die entspr. Menge Vasapon. liq. B. H. & C. und hüte sich vor Wasserzusatz (wegen entstehender Emulsion). Vasapon kann ohne Nachtheil sterilisirt werden. Ueber die innerliche Anwendung der Vasapone sind meine Untersuchungen noch nicht abgeschlossen.

Vasapon. spiss., die feste Form des Vasapon, ist eine neutrale, nicht ranzig werdende, also unbegrenzt haltbare, völlig reizlose Salbengrundlage von gleichmäßig hellgelber Farbe und ohne Geruch. Es nimmt das Mehrfache seines Eigengewichtes Wasser auf und mischt sich bequem mit jedem gewünschten Medikament. Vasapon. spiss. ist auch eine ausgezeichnete Massirsalbe.

Vorräthig wird gehalten Ungt. Hydr. ciner. c. Vasap. spiss. parat. = Vasapon. Hydr. (33⅓ und 50 %). Diese Mischung zeigt das Quecksilber außerordentlich fein vertheilt; viertelstündiges Einreiben genügt, da das Hg. sehr rasch in die Haut eindringt.

Kreosotal-Leberthran.

Original-Artikel von Dr. Bachmann, Kreisphysikus in Ilfeld.

Wenngleich kunstgerecht hergestellte und mit zweckmäßigen Geschmacks-Korrigentien versehene Emulsionen von Kreosotal — wie eine solche auf S. 219 der Zeitschrift „Der Prakt. Arzt" angegeben ist — wohl selten einem Widerspruch von Seiten des einnehmenden Patienten begegnen werden, so verbietet sich diese Art der Verordnung doch in sehr vielen Fällen durch ihre Kostspieligkeit. Schon das Kreosotal an sich ist so theuer, daß man vermeiden muß, es in kostspieliger Form zu verschreiben. Keine Verordnungsweise nun hat sich mir besonders bei Kindern zweckmäßiger erwiesen, als die Mischung von Kreosotal mit Leberthran. Fast in allen Fällen, wo man Kreosotal verordnen will, ist auch Leberthran indizirt, vor allem in den zahlreichen Fällen chronischer Bronchitiden und Bronchopneumonien von Kindern, wo mir die besagte Mischung geradezu ein Segen für die

kleinen Patienten zu sein scheint. Die Stoffe mischen sich schon bei einmaligem Schütteln innig miteinander, der Geschmack des Kreosotal wird vom Leberthran, den ja Kinder meist ohne große Schwierigkeiten einnehmen, gut verdeckt, und die Mixtur ist haltbar.

Ich verschreibe meist:

Rp. Ol. Jecoris 95,0
Kreosotal 5,0

Mds. 3 × tgl. 1—2 Theelöffel (je nach dem Alter der Kinder.)

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Das Arzneibuch für das Deutsche Reich. Vierte Ausgabe. Nach Beschluß des Bundesrathes vom 7. Juni d. J. wird das neue Arzneibuch an Stelle der zur Zeit in Geltung befindlichen dritten Ausgabe nebst Nachtrag am 1. Januar 1901 in Geltung treten.

Die Prüfung der einzelnen Mittel ist viel genauer als früher vorgeschrieben, auch der Text völlig umgeändert worden.

Veränderungen, die den Apotheker, an welchen in Bezug auf die Prüfung der Waaren sehr hohe Anforderungen gestellt werden, viel mehr als den Arzt angehen.

Im Folgenden die Unterschiede der dritten Ausgabe nebst Nachtrag von der vierten, so weit sie für den Arzt wichtig:

1. Neu aufgenommene Mittel:

Adeps Lanae anhydricus ist das gereinigte, wasserfreie Fett der Schafwolle. Hellgelbe, salbenartige Masse von sehr schwachem Geruche, welche bei etwa 40° schmilzt, in Aether und Chloroform löslich, in Wasser unlöslich ist, sich aber mit dem doppelten Gewichte des letzteren mischen läßt, ohne die salbenartige Consistenz zu verlieren.

Adeps Lanae cum Aqua, sind 75 Theile Adeps lanae anhydricus und 25 Theile Wasser. Es ist dies das gewöhnlich Lanolin genannte Fett.

Aether pro narcosi. Ein sehr reiner Aether, der die vorgeschriebenen Proben für Aether in erhöhtem Maaße bestehen muß. Er ist, damit er sich nicht bei öfterem Aufmachen an der Luft zersetzt, in braunen, ganz gefüllten und gut verschlossenen Flaschen von 150 ccm Inhalt aufzubewahren.

Der Arzt wird daher gut thun, für Narcotisirungen 150 ccm etwa 110 g Aether zu ordiniren.

Alkohol absolutus hat über 99 Proz. Alkohol, während Spiritus über 90, Spiritus diltus über 68 Raumtheile Alkohol enthält.

Arecolinum hydrobromicum, weißes, leicht lösliches Pulver.

Baryum chloratum, farblose, in Wasser lösliche Krystalle.

Bismutum subgallicum, gewöhnlich Dermatol genannt. gelbes, in Aether, Wasser und Weingeist unlösliches Pulver,

Bromoformium, farblose, schwer in Wasser, leicht in Aether und Alkohol lösliche Flüssigkeit.

Cautschuk.

Coffeïno-Natrium salicylicum, weißes Pulver, in Wasser leicht, in Alkohol schwer löslich.

Gelatina alba.

Hydrargyrum salicylicum, weißes, kaum lösliches Pulver.

Hydrastininum hydrochloricum, gelblichweißes, in Wasser und Alkohol leicht lösliches Pulver.

Mel.

Methylsulfonalum, farblose Krystalltafeln, sehr schwer in Wasser, leicht in Alkohol und Aether löslich.

Oleum camphoratum forte. Ein Theil Kampher auf vier Theile Olivenöl. Das Oleum camphoratum hat einen Theil auf neun Theile.

Oleum chloroformii. Gleiche Theile Chloroform und Olivenöl.

Oleum Santali, ätherische, dickliche Flüssigkeit.

Pilulae Ferri carbonici Blaudii werden trocken aus Eisenvitriol (6), kohlensaurem Kali (7), Zucker (3), gebrannter Magnesia (0,7), Altheewurzel (1,3), Glycerin (4) bereitet. Jede Pille wiegt 0,25 g.

Pyrazolonum phenyldimethylicum wurde in der früheren Auflage Antipyrin und Pyrazolonum phenyldimethylicum salicylicum sonst Salipyrin genannt.

Semen Erucae, weißer Senfsamen.

Serum antidiphthericum.

Tela depurata, gereinigter Mull.

Tuberculinum Kochii.

Ungentum Adipis lanae. Vier Theile Adeps lanae anhydricus mit je ein Theil Wasser und Olivenöl gemischt.

Vinum Chinae. Vier Theile Chinarinde auf 100 Theile Xereswein mit etwas Zucker und Pommeranzentinctur.

2. Weggefallen sind:

Auro-Natrium chloratum, Coffeïnum Natrio-benzoicum, Kalium aceticum, Keratinum, Liquor ferri subacetici, Moschus, Pilulae Ferri carbonici, Thallinum sulfuricum, Tinctura ferri acetici aetherea, Tintura Moschi.

3. Im Uebrigen ist besonders von Interesse: Die Extracte werden viel umständlicher dargestellt, und ihr Gehalt an wirksamen Bestandtheilen wird daher größer.

Minimalgehalte an Alkaloiden sind vorgeschrieben für:

Extractum Belladonnae, Chinae aquosum und spirituosum, Hydrastis, Hyoscyami, Opii, Strychni, Cantharides, Cortex

Granati, Radix Ipecacuanhae, Tinctura Opii simplex, crocata und Strychni, Tubera Aconiti, Semen Strychni und an ätherischen Oelen für Semen Sinapis.

Es können dabei nur die besten Droguen verwendet werden, und die Wirkung wird eine stärkere, aber stets zuverlässige sein. Für eine Anzahl neuerer Mittel hatte schon die vorige Ausgabe Minimalgehalte vorgeschrieben.

Unbedeutende Veränderung in ihrer Zusammensetzung, oft nur um die Zahlen auf 100 abzurunden, erlitten fast alle Sirupe, Liquor ferri jodati, Pulvis aerophorus, gummosus, Liquiritiae compositus, Magnesiae cum Rheo, Species laxantes, Tinctura Opii crocata und simplex, Acetum aromatium.

Der Arzt wird die Aenderung kaum bemerken.

Antipyrin heißt Pyrazolonum phenyldimethylicum, Salipyrin heißt Pyrazolanum phenyldimethylicum salicylicum. Salol heißt Phenylum salicylicum, Trochisci santonini heißen Pastilli Santonini, Resina Dammar heißt Dammar, Styrax liquidus heißt Styrax.

Aqua carbolisata ist 2 Proz., früher 3 Proz.

Balsamum Nucistae hat mehr Wachs aber weniger Oel als früher, ist also fester.

Bei Decocten und Infusen müssen die Mengenverhältnisse der Drogen, soweit sie starkwirkend sind (Tab. C.), stets genau angegeben sein. Bis jetzt wurde diese Forderung nur bei den Mitteln, die Maximaldosen hatten, gestellt, im Uebrigen 1 Theil auf 100 Decoct genommen.

Emplastrum adhaesivum enthält statt Wachs Paraffin, und viel mehr Kolophonium als sonst, sowie etwa 10% Kautschuk. Es ist also sogenanntes Kautschukheftpflaster und wird wie dieses sehr gut kleben.

Emplastrum Hydrargyri hat statt Terpentin Adeps lanae.

Folia Sennae. Es sind nur indische Samenblätter aus Tinnevelly (nicht mehr die kleinen alexandrinischen) gestattet.

Infusum Sennae compositum enthält 5 Proz. Weingeist.

Sapo jalapinus wird nur gemischt, nicht eingedampft.

Sebum salicylatum besteht aus Salicylsäure (2), Benzoe (1), Hammeltalg (47).

Secale cornutum darf nicht über ein Jahr aufbewahrt werden.

Spiritus Cochleariae wird aus trockenem (nicht wie bisher aus frischem) Kraute bereitet und enthält weißen Senfsamen.

Tinctura Digitalis wird aus trockenem (nicht wie bisher aus frischen) Blättern bereitet. Die Stärke wird ungefähr dieselbe sein.

Ungentum Glycerini hat keinen Traganth und etwas weniger Glycerin.

Ungentum Hydrargyri cinereum und Plumbi haben einen Zusatz von Adeps lanae erhalten, und die letztere wird etwas anders aussehen.

(Schluß folgt.)

Ein Beitrag zur Kenntniss der Terpentinölwirkung. Von H. Schulz in Greifswald. (Münchener med. Wochenschrift.) Reines Terpentinöl, in der Dosis von etwa 10 bis 20 Tropfen auf einmal genommen, ruft bei einem gesunden Menschen in der Regel keine nennenswerthen Störungen des Befindens hervor. Andererseits finden sich in der Literatur mehrfache Angaben von Vergiftungserscheinungen durch das Einathmen von Luft, welche Terpentindämpfe enthielt. Es ist durch die schnellere Resorption des Terpentinöls durch die Respirationsschleimhaut zu erklären, während bei Einführung des unverdünnten Oels in den Magen die Resorption langsamer stattfindet. Sch. hat zur Entscheidung der Frage nach der toxischen Wirkung des Terpentinöls Versuche angestellt, wobei kleine Gaben verdünnten Terpentinöls in Form einer alkoholischen Lösung durch längere Zeit verabreicht wurden. Die Methodik der Versuche war folgende: Es wurde eine Lösung von Oleum terebintinae rectificatum im Verhältniß von 1 : 100 hergestellt, von dieser Lösung erhielten zunächst vier Versuchspersonen etwa 20 Grm. mit der Weisung, jeden Morgen zum Frühstück davon 20 Tropfen nach Belieben mit Wasser verdünnt oder direct in den Morgenkaffee getröpfelt einzunehmen. In einer zweiten Versuchsreihe wurde 1‰ alkoholische Terpentinlösung angewendet. Das Terpentinöl gehört zu denjenigen Bestandtheilen der Gruppe der Aethereooleosa, deren wesentliche Wirkung auf das centrale Nervensystem dadurch kenntlich wird, daß dessen Funktionsäußerungen eine deutliche Herabsetzung der Energie erfahren. In den Versuchsprotokollen finden sich constant das Gefühl außergewöhnlicher Ermüdung, ferner wiederholt Angaben über unruhigen, schlechten Schlaf verzeichnet. Auch dort, wo der Schlaf gut war, erschien das Gefühl der Müdigkeit nach dem Erwachen sehr deutlich ausgeprägt. In einem Fall kam es zu ausgesprochenem Muskelschmerz in der Lendengegend, auch wurde die Angabe des Auftretens von Schwindelanfällen durch die Versuche bestätigt. Eine weitere Störung des Allgemeinbefindens setzt das Terpentinöl durch die Hervorrufung von Kopfschmerzen, wie sie besonders bei Arbeitern, die mit Terpentinöl hantiren, häufig auftreten. Auch in den Versuchsprotokollen findet sich das Auftreten von Kopfschmerzen erwähnt, und zwar waren dieselben bei Anwendung der 1%igen Lösung stärker, als bei der 1‰igen Lösung. Von Interesse ist die Thatsache, daß schon nach Anwendung der 1‰igen Lösung

eine deutliche Abnahme der morgendlichen und abendlichen Pulsfrequenz zu konstatiren war, während sich sonst die Angabe einer pulsbeschleunigenden Wirkung des Terpentinöls findet. Von Störungen des Verdauungsapparates finden sich in den Versuchsprotokollen erwähnt: Aufstoßen, Auftreten von Magenschmerzen, die selbst krampfartigen Charakter annehmen können. Obstipation; die gefürchtete Einwirkung des Terpentinöls auf den Harnapparat, gelangt in den Versuchen kaum zum Ausdruck. Beobachtet wurden bei 2 Fällen gesteigerter Harndrang bei verminderter Harnsecretion dagegen in keinem Fall Albuminurie. In 2 Fällen wurde nach Gebrauch der 1‰igen Lösung Auftreten von Acne beobachtet, die in dem einen Fall auf die Stirn beschränkt blieb, in dem anderen Fall sich auf den ganzen Körper ausbreitete. Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane wurden bei den Versuchen niemals constatirt, vielleicht deshalb, weil die Versuchspersonen gesunde Individuen waren, während eine Reaction des in seiner Vitalität geschwächten Respirationsapparates auf die Einwirkung des Terpentinöls kaum zu bezweifeln ist.

II. Medicin.

Das Bronchial-Asthma und seine Behandlung. Von N. Goluboff. (Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann N. F. 256/7.) Nach des G.'s Auffassung ist das Bronchial-Asthma eine Neurose, die sich durch einen bronchialen Spasmus und vasosecretorische Störungen documentirt. Mit Hoffmann und Brissand nimmt er an, daß es sich um einen pathologischen Zustand des Athem-Centrums in der Medulla oblongata handelt, um eine außerordentlich starke Erregbarkeit dieses Centrums, das Brissand hypothetisch „asthmogenes Centrum" nennt. Dieser anormale Zustand pflegt congenitalen oder acquirirten Ursprungs zu sein und durch verschiedene schädliche Einflüsse, die in ihrer Art auf dieses „Centrum" wirken, abhängig zu sein. Durch eine derartige Perturbation des Centrums, die sich beständig verstärkt, im Laufe einer gewissen Zeit latent bleibt, erfolgt schließlich, dank einem hinzukommenden Moment, das unmittelbar oder reflectorisch auf das Centrum wirkt, eine Explosion des asthmatischen Anfalls.

Das Asthma theilt G. in verschiedene Formen ein:

1. Bei der „idiopathischen Form" handelt es sich um eine reine Neurose centralen Ursprungs. An der Bronchialschleimhaut sind nicht die geringsten Veränderungen zu bemerken.

2. In anderen Fällen gesellt sich das Asthma zu einem gewöhnlichen Bronchialkatarrh. Wahrscheinlich liegt ein Reflex vor, der von den Respirationswegen ausgeht und die Medulla oblongata und die eine Contraction der Bronchialmuskeln hervorrufenden Vagusäste durchläuft.

3. Zuweilen stellen sich die neurosekretorischen Erscheinungen des Asthma bedeutend früher ein als die spasmodischen. Gewöhnlich früher treten einige Tage vor dem Asthmaanfall die Leyden'schen Krystalle, die in der anfallsfreien Zeit aus dem Spurum verschwinden, wieder auf.

4. Das reflectorische Asthma wird am häufigsten durch Erkrankungen der Nasenhöhle hervorgerufen, zuweilen auch durch solche des Uterus, durch Gravidität, Würmer, Wanderniere etc. In einem Falle Ruaults schloß es sich an eine einfache rhinoskopische Untersuchung an.

5. Bei völlig gesundem, normalen Zustand der Schleimhaut der Nase und der oberen Luftwege beginnen die Anfälle mit vasomotorischen und secretorialen Erscheinungen von Seiten dieser Wege. Am Tage und am Abend sind nur diese Erscheinungen vorhanden, in der Nacht tritt ein typischer Erstickungsanfall ein. Die Patienten haben das Gefühl, als ob der Proceß allmählich von der Nase zum Pharynx, dann weiter auf die Trachea und die Bronchien übergehe.

Therapeutisch empfiehlt G. während eines Anfalls eine subcutane Morphiuminjection; neigt sich der Anfall schon dem Ende zu, so ist Chloralhydrat, Inhalation einiger Tröpfen Amylnitrit am geeignetsten, um den Spasmus zu beseitigen. Ist die Nase erkrankt, so pinsele man die Nase und den Nasenrachenraum mit einer Cocainlösung. In chronischen Fällen gebe man den Patienten Stramonium nitratum in Pulverform, mit Salpeter gemengt, dessen Dämpfe sie während eines Anfalles einathmen, das „abyssinische" Pulver oder eines der verschiedenen Asthmapräparate, indischen Hanf etc. Die Bronchitis wird am besten mit Jod behandelt. Eine einmalige Dosis von 0.6—1.25 Jodkali verflüssigt den Auswurf und regt die Expectoration an. Prophylaktisch ist am geeignetsten Atropin. sulfur. in Pillen zu 0.001—0.002! Vor dem Schlafengehen eine Pille. Höchstens 7 bis 10 Tage hintereinander zu nehmen. Atropin paralisirt die secretorischen Nerven, ruft eine starke Trockenheit der Schleimhäute hervor und hebt ihre Secretion auf. In anfallsfreien Zeiten gebe man neben den allgemein hygienisch-diätetischen Verordnungen Jodkali mit 0.3 beginnend und bis 2.0 pro die steigend. Man lasse es monatelang nehmen, event. bei Jodismus eine Pause machen. Vermuthlich wirkt Jod auf die Schleimhäute reizend und härtet sie so gegen andere An-

griffe, die den specifischen Katarrh hervorrufen könnten, ab. Abwechselnd kann man Terpentin bis 60 Tropfen pro die geben.

Ueber die Luftliegekur bei der Behandlung der chronischen Lungentuberculose. Von Dr. med. H. Naumann, Arzt in Bad Reinerz (Schles.) und Bordighera (Riviera). Die von Dettweiler zuerst angegebene Luftruhekur in der Behandlung der chronischen Lungentuberculose hat ihren Weg über den ganzen Erdball gefunden und wird jetzt in allen Kurorten und Sanatorien als ein integrirender Bestandtheil der Kur angewendet. Diese Ruhekur stellt eigentlich den Hauptantheil der Thätigkeit des lungenkranken Patienten dar, wenigstens insofern, als das Liegen weitaus den größten Theil des Tages für sich in Anspruch nimmt. Im Großen und Ganzen wird die Anordnung des Arztes: „ausgedehnte Liegekur" gern befolgt, und die Insassen der Heilanstalten entfalten förmlich einen Wetteifer, einander im „Fleiße" zu übertreffen; es wird ein wahrer Stolz darein gesetzt, am längsten gelegen zu haben. Dieser Wettstreit wird von manchen Anstaltsleitern dadurch hervorgerufen, unterstützt und gefördert, daß sie ihren Patienten sagen, das Liegen an sich beschleunigt den Heilungsproceß.

Aber wenn man den Dingen einmal auf den Grund geht, so kommt man doch zu dem Resultate, daß die Heilwirkung des Ruhens durchaus nicht so sicher bewiesen ist, wie Manche sie hinzustellen belieben. Was allerdings mit Sicherheit feststeht, ist das, daß die Einführung der Luftruhekur in die Phthiseotherapie den Schwerkranken, den Fiebernden, den stark Herabgekommenen den Genuß der freien Luft besser zugänglich macht, als es im Zimmer möglich ist, in dem nur die Fenster geöffnet sind. Bei diesen Fällen ist der günstige Einfluß der Liegekur im Freien unbestreitbar und tausendfach bewiesen. Zu dieser Kategorie gehören auch die Patienten, mit denen Dettweiler seine ersten Versuche nach dieser Richtung hin anstellte. Er berichtet hierüber selbst in der „Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen", Band I, Heft 2 und 3:

„Ich begann merkwürdiger Weise*) mit einigen Schwerkranken, deren fortgesetzter Zimmer- und Bettaufenthalt mir mehr und mehr peinlich und zweckwidrig erschien, dann aber auch in der Hoffnung, das Fieber durch die kühle und kalte Luft günstig zu beeinflussen." Es geht hieraus ganz

*) Nicht „merkwürdiger Weise", sondern natürlicher Weise! Denn zu einer Zeit, in der man die Freiluftbehandlung allein kannte und schätzte, und in der von einer Liegekur noch gar keine Rede war, kamen doch andere als Schwerkranke für die neue Behandlungsmethode überhaupt nicht in Frage!

klar hervor, daß in diesen Fällen nicht die Ruhekur den eigentlich wirksamen therapeutischen Factor darstellte, sondern daß die Herausversetzung des Ruhenden aus dem Zimmer in die freie Luft das heilkräftige Princip war. Diese Verlegung aus dem Zimmer in's Freie war neu, und nicht die Ruhekur war es, die das Fieber zum Schwinden brachte, denn sonst hätte der Aufenthalt im Bette auch schon wirken müssen, sondern der ununterbrochene und reichlichere Genuß der Luft. Dettweiler freilich scheint geneigt zu sein, der Ruhekur das gleiche Maß von Bedeutung beizumessen, wie der Freiluftkur, ja es macht fast den Eindruck, als schiebe er jene mehr in den Vordergrund.

Die ausgiebige Anwendung der Luftruhekur kann auch noch einem andern Zwecke dienen: der Anmästung unterernährter Patienten. Hier spielt sie also als ein Hilfsmittel zur Hebung des Ernährungszustandes eine große Rolle, und wem es darauf ankommt, große Erfolge, die sich in Gewichtszunahmen ausdrücken lassen, zu erzielen, wird die Liegekur mit gleichen Augen betrachten, wie etwa eine Weir-Mitchell-Playfair'sche Mastkur. Da die Unterernährung bei einer recht großen Zahl von Kranken (nicht bei allen!) eine hervorragende Rolle als ätiologisches Moment spielt, so ist die Anwendung einer ausgedehnten Ruhekur in solchen Fällen gut begründet. Daß sie im Freien vorgenommen wird, ist bei Lungenkranken selbstverständlich, denn reine Luft ist das einzige „Specificum" für das kranke Athmungsorgan. —

Ein Theil derjenigen Aerzte, die für eine ausgedehnte Liegekur eintreten, stützt sich auf die Nothwendigkeit der Ruhigstellung entzündlich erkrankter Organe. — Nun, diese Ruhigstellung wird ja immer nur eine relative sein können, da die Function der Lunge ohne Bewegung überhaupt nicht möglich ist. Neuerdings erheben sich auch wieder Stimmen — darunter auch Dettweiler's gewichtige Meinung — die diese Ruhigstellung gar nicht für etwas besonders Wünschenswerthes halten, sondern selbstverständlich in gewissen Grenzen und für die weniger acuten Fälle sogar ein gewisses Maß von Uebung für nothwendig erklären. Das im einzelnen Falle nothwendige Quantum von Schonung und Uebung festzusetzen, ist eben die Aufgabe des Lungenarztes.

Auf die durch die Lagerung im Gebiete der Lungenspitzen erzielte venöse Stauung legen manche einen großen Werth; sie glauben, daß durch diese passive Hyperämie eine bessere Ernährung der erkrankten Partien erzielt und dadurch die Heilung zu Stande gebracht werde. Hier kommen wir schon auf recht schwanken Boden, denn es ist doch noch keineswegs sicher, daß eine Stauungshyperämie heilende Wirkungen überhaupt entfaltet. Die einzige Stütze für die

recht unsichere Theorie finden ihre Anhänger in den bekannten Bier'schen Beobachtungen über die Wirkung der Stauungshyperämie auf tuberkulös erkrankte Gelenke. Aehnliche Anschauungen, die sich auf die reichlichere Blutversorgung der erkrankten Lunge bezogen, hatte schon Brehmer, nur suchte er durch die von ihm eingeführten systematischen Geh- und Steigübungen eine active Hyperämie in den Lungen herzustellen, von dem Gedanken ausgehend, daß die Arbeitsleistung des Herzens für die relativ zu große Lunge gesteigert werden müsse.

Aber selbst angenommen, daß die Theorie von der günstigen Beeinflussung der tuberkulösen Spitzenerkrankung durch die Herstellung einer venösen Hyperämie richtig sei, so ist es garnicht wahrscheinlich, daß durch die bisher allgemein übliche Lagerung der Kranken (ausgestreckt und halbsitzend; oft sitzen sie recht zusammengekrümmt!) überhaupt eine Stauungshyperämie erzielt wird. Schon eher ist das bei der sogenannten Autotransfusion möglich, der Jacoby*) das Wort redet. Zur Herstellung dieser Autotransfusion wird der Oberkörper tiefer als das Becken gelagert, wozu von Jacoby angegebene eigens construirte Liegebetten nöthig sind. Andere wieder haben eine „Flachliegekur" versucht und vorgeschlagen, allerdings nicht in der Vorstellung, dadurch eine venöse Stauung zu erzielen, sondern in der Absicht, durch die Lagerung rein mechanisch den Auswurf leichter und gründlicher herauszubefördern, um so die kranke Partie von Eiter frei zu halten. Hierzu erscheint aber gerade eine flache Lagerung am allerwenigsten geeignet zu sein, denn wenn man sich die Verzweigungen des Bronchialbaumes vorstellt, so ist es leicht einzusehen, daß durch eine gesenkte oder flache Lage des Oberkörpers und des Kopfes wohl in der Luftröhre und den beiden Bronchien schon befindliches Secret schneller nach außen befördert werden wird, daß hingegen das in den feineren Zweigen der Spitzen liegende Eitermaterial im Gegentheil eher retinirt werden wird. So erklärt es sich auch sehr einfach, daß Patienten in dieser Lage anfänglich vermehrten Husten und Auswurf haben, das sind eben diejenigen Massen, die schon in den großen Bronchien und größeren Verzweigungen sich befinden. Nachdem diese Eiterballen entleert sind, tritt eine lange Pause im Husten ein, weil der sich jetzt in den Spitzen anstauende Auswurf nicht aufwärts kommen kann. Wenn man also von dem Gesichtspunkte aus, die Lungen von Eiter frei zu halten, die Liegekur machen läßt, so thut man besser daran, die bisher allgemein geübte Lagerung mit leicht erhöhtem Oberkörper beizubehalten.

*) Münchener med. Wochenschrift, 1897, No. 8.

Aus dem Gesagten ergiebt sich, daß die Ruhekur, wie sie heute namentlich in den Anstalten in ausgiebiger Weise betrieben wird, von recht problematischem Werthe ist. Sie ist unstreitig indicirt bei allen Fällen, die erhöhte Temperaturen, und sei es auch nur um ein paar Zehntel, haben. Weiterhin ist eine ausgedehnte Liegebehandlung bei denjenigen Patienten nöthig, die zu schwach sind, um die freie Luft im Umhergehen genießen zu können. Für diese beiden Kategorien ist die Luftruhekur eine Nothwendigkeit und zeigt sich stets als von bester Wirkung. — Was die Unterernährten anlangt, so ist das Liegen für sie ein Unterstützungsmittel zur Hebung der Ernährung; es ist nicht gänzlich von der Hand zu weisen, daß durch die Besserung des Ernährungszustandes auch der locale Befund auf den Lungen sich bessert, wenigstens sprechen manche Erfahrungen sehr zu Gunsten dieser Anschauung.

Stellt nun auch bei nicht fiebernden, wohlgenährten, kräftigen Lungenkranken, die kaum ein Krankheitsgefühl haben, das Liegen an sich einen Heilfactor dar? — Diese Frage dürfte wohl verneinend zu beantworten sein, denn die Beeinflussung der Spitzen durch venöse Stauung ist, wie wir oben gesehen haben, doch nur eine hypothetische, und die Flachliegekur ist von recht zweifelhaftem Werthe. Einer ausgedehnten Ruhekur nicht fiebernde Lungenkranke in gutem Ernährungszustande zu unterwerfen, blos auf gewagte Hypothesen hin, ist recht unzweckmäßig. Damit sei nun nicht gesagt, daß man diese Patienten vom Ruhelager ganz und gar fern halten soll; auch für sie ist die Luftruhekur nöthig, aber man muß sich darüber klar sein, daß nicht das Liegen an sich es ist, das als heilender Factor wirkt, sondern daß es sich bei ihnen nur um ein Ausruhen in freier Luft handelt. So wenig es dem Gesunden möglich ist, den ganzen Tag im Freien herumzugehen, weil die eintretende Müdigkeit zum Ausruhen auffordert, so wenig kann es der Phthisiker. Der Gesunde zieht sich, wenn er müde ist, zur Ruhe auf sein Zimmer zurück, der Lungenkranke muß im Freien ruhen.

Eine ausgehnte Liegekur für Patienten, die weder erhöhte Temperaturen noch frisch entzündliche Processe aufweisen, anzuordnen, grenzt fast an Grausamkeit. Ja so Mancher wird auch direct geschädigt, viele verlieren den Appetit, heißen dann fälschlich „schlechte Esser“ und werden mit Tropon und Salzsäure tractirt. Der Stuhlgang wird träge, der Nachtschlaf läßt zu wünschen übrig; all' das ändert sich mit einem Schlage, wenn statt des langen Liegens vernünftig abgemessene Bewegung verordnet wird. Vergessen wir nicht, daß Brehmer vorzügliche Erfolge ohne Ruhekur erzielte, und noch dazu bei meist viel schwerer Kranken,

als sie jetzt in die Anstalten kommen. Die vielfachen Uebertreibungen in der Verordnung des Liegens müssen, darauf ist hinzuarbeiten, abgelöst werden durch eine zweckmäßigere Anwendung der beiden großen Heilfactoren, der Uebung und der Schonung.

(Allg. med. Centralztg.)

Zur Symptomatologie und Therapie der durch den Trichocephalus dispar verursachten Gesundheitsstörungen. Von Dr. Theodor Hausmann (Petersb. med. Wschr. 31/00). In der Häufigkeitsskala nimmt der Trichocephalus je nach dem Beobachtungsmaterial die erste, zweite oder dritte Stelle ein. Es konkurriren mit ihm der Askaris und Oxyuris, während die verschiedenen Bandwürmer und die übrigen Parasiten weit hinten bleiben. Die niederen Klassen sind öfter ergriffen als wohlhabendere, auch sind Dorfbewohner mehr befallen als Stadtbewohner. Nur das Säuglingsalter ist verschont. Das Krankheitsbild ist im höchsten Grade vielgestaltig, vornehmlich kommen in Betracht die verschiedensten allgemeinen und lokalen Neurosen, Gehirnerscheinungen, Magen- und Darmsymptome mannigfaltigster Art. Bald sind es Reizsymptome, bald das Gegentheil, bald findet man Verstopfung; hier Appetitlosigkeit, dort Heißhunger. Anämie ist in den meisten Fällen vorhanden. Auffallend sind die in manchen Fällen vorhandenen ausgedehnten Hautanästhesien. Zur Erklärung dieser Vielseitigkeit des Trichocephalus muß angenommen werden, daß je nach dem Locus minoris resistentiae die bald mehr reflektorische, bald mehr toxische Wirkung hier an einem Organ, dort an einem anderen zur Geltung kommt; es giebt kein Organ, das in allen Fällen ergriffen wäre, kein Symptom, das immer vorhanden ist. Von einem einheitlichen Krankheitsbilde kann also keine Rede sein. Auch kann man dieselben Symptome bei anderen Darmparasiten antreffen, mit Ausnahme vielleicht ausgedehnter Hautanästhesien. Da die einzelnen Symptome auch bei anderen Krankheiten vorzukommen pflegen, so wird man erst durch die eigenthümliche Kombination derselben auf die Muthmaßung gebracht, daß es sich wahrscheinlich um Darmparasiten handelt; besonders wird man beim Zusammengehen von Magendarmstörungen mit nervösen Symptomen an diese Möglichkeit denken müssen. Aber auch, wo nur das eine oder andere vorhanden, sollte man die Darmparasiten nicht vergessen. Die mikroskopische Untersuchung des Stuhles, deren häufigere Vornahme nicht genug anempfohlen werden kann, wird dann zur Diagnose führen. Die Unbequemlichkeit und die „Schweinerei“ ist bei Weitem nicht so groß, als man sich denkt. Man weist den Kranken an, in einem Spitzglase (Likör- oder Schnaps-

glas) etwas von seinem Koth zu bringen, am besten von breiiger oder dickflüssiger Konsistenz, zu welchem Zweck man den Kranken, falls der Stuhl hart ist, Infusum sennae comp. nehmen läßt. Mit einem Holzstückchen überträgt man ein linsengroßes Kothpartikelchen auf das Objektivglas, setzt 1—2 Tropfen Glycerin zu mit einem Glasstabe und drückt ein Deckglas darauf, eventuell unter Reiben, wenn ein härteres Kothpartikelchen vorhanden. Ist der Koth flüssig, so ist natürlich ein Glycerinzusatz überflüssig. Das Suchen nach Eiern geschieht am besten zuerst mit schwacher Vergrößerung; glaubt man eins gefunden zu haben, so gehe man auf mittelstarke oder starke über, um den Fund einer Kontrolle zu unterwerfen. Trichocephaluseier lassen sich gar nicht mit anderen Parasiteneiern verwechseln. Die hellgelb braunen bikonvexen Eier haben ein gekörntes Innere und eine doppeltkonturirte Kapsel; die vollkommen regelmäßig glatte Kapsel fehlt an beiden Polen; in diesen so gebildeten Oeffnungen sitzt beiderseits je ein hyaliner Stopfen, der nach innen und außen die Fläche der Kapsel überragt. Zuweilen gelingt es, im Innern des Eies die Umrisse eines Embryo zu unterscheiden. Manchmal hat das Ei seitlich einen durch die Kapsel in das Innere gehenden Riß, in welchem Fall das Innere des Eies ein homogenes Aussehen hat; dies kann man wohl als den Ausdruck eines vollendeten Lartus des Embryo ansehen. Askaridenеier unterscheiden sich von den Trichocephaluseiern dadurch, daß sie größer — rund oder eioval — sind und stets eine höckrige Oberfläche haben. Oxyuriseier sind kleiner und haben eine rundherum schließende Kapsel. Auch die Eier der übrigen Darmparasiten sind leicht zu unterscheiden. Therapeutisch hat sich bei Trichocephalismus am besten das Thymol bewährt, viel weniger leistet Santonin, Benzonaphthol, Naphthalin u. A. In den meisten Fällen dürfte eine Dose von 2,0 pro die genügen. H. benutzt die Hager'sche Formel: Thymol 2,0, Ol. olivarum 4,0, Gummi arabic. 2,0, Aq. dest. 60,0, des Morgens auf nüchternen Magen alle Stunden einen Eßlöffel, Abends ein starkes Abführmittel, und so drei Tage hintereinander. Auch wenn die Kur gelungen und im Stuhl keine Eier mehr nachweisbar, soll man den Kranken noch in Beobachtung halten und den Stuhl von Zeit zu Zeit untersuchen. Es kann vorkommen, daß die Eier wieder im Stuhl erscheinen und daß erst nach wiederholten Kuren endgültige Heilung erfolgt.

(Dtsch. Med.-Ztg.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber die Behandlung inficirter Wunden mit Wasserstoffsuperoxyd. Von Prof. v. Bruns. (Berl.

klin. Wochenſchr., No. 19, 1900.) B. empfiehlt an Stelle der anderen Antiseptica als wirksameres und ungiftiges Mittel das auf seine Veranlassung von der Firma Merck in Darmstadt hergestellte absolut reine, säurefreie und hochconcentrirte Wasserstoffsuperoxyd, das sich mehrere Monate hält und dessen Preis bei entsprechender Verdünnung ungefähr dem der essigsauren Thonerde gleichkommt. Bekanntlich ist die Haupteigenſchaft des Wasserstoffsuperoxyds seine leichte Zersetzung in Sauerstoff und Wasser. Sie erfolgt momentan bei Miſchung mit zahlreichen Flüssigkeiten, wie Blut und Eiter, langsam durch die Körpergewebe, gar nicht durch Berührung mit der äußeren Haut. Die Zersetzung giebt sich durch massenhafte Entwickelung eines feinen Schaumes zu erkennen. Verdünnte Lösungen bewirken selbst in beliebig großer Menge gar keine Schädigung der Gewebe, nur bei Injection in's Blut oder in geſchossene Körperhöhlen kann es zu Gasembolie kommen. Das bactericide Vermögen wurde von dem Assistenten Dr. Honsell, gegenüber Milzbrandsporen, Staphylococcus aureus und Bacterium coli geprüft. In wässerigen Medien erwies sich das 3proc. Wasserstoffsuperoxyd dem Sublimat 1 pro mille vollkommen gleich, in eiweißhaltigen Flüssigkeiten sogar entſchieden überlegen; in zahlreichen eiweißhaltigen Flüssigkeiten wie im Eiter, sind beide gleich wirksam. Die essigsaure Thonerde in 2proc. Lösung bleibt in jeder Hinsicht weit zurück.

B. hat nun das H_2O_2 in vielen Fällen von inficirten Wunden in Anwendung gezogen, und zwar meist in 1 proc. Lösung in Form der Irrigation und feuchten Tamponade. Fast immer gewann er den Eindruck, daß die Wunden raſcher sich reinigten, als er sonst zu sehen gewohnt war. Besonders auffällig war aber die Wirkung auf jauchige und gangränescirende Flächen: oft ſchon nach dem ersten Verbandwechsel war der penetrante Geruch verſchwunden, und in kürzester Zeit bedeckten sich die Wunden mit guten Granulationen.

Um eine bactericide Wikung auf die Eiterbacterien kann es sich, wie erwähnt, dabei nicht handeln, höchstens um eine gewisse Abſchwächung ihrer Virulenz. Dagegen liegt es nahe, dem Wasserstoffsuperoxyd eine specifiſche Wirkung auf die Anäeroben, also namentlich auf die Fäulnißbacterien zuzuſchreiben. Das erſcheint bei der energiſchen Sauerstoffentwicklung durchaus wahrſcheinlich und steht mit der ausgesprochenen Wirksamkeit des Mittels bei gangränescirenden septiſchen Processen im Einklang. Außerdem ist es möglich, daß der nascirende Sauerstoff eine stimulirende Wirkung auf die Gewebe ausübt und ihre Reactionserſcheinung verstärkt. Wichtiger noch als die chemiſche erſcheint

aber die besondere mechanische Wirkung. In demselben Momente, in welchem das Wasserstoffsuperoxyd mit der Wunde in Berührung kommt, entsteht durch die Sauerstoffentwicklung eine mächtige Schaumbildung: der feine Schaum reißt das keimbeladene Sekret, die Blutgerinnsel, abgestoßenen Gewebspartikel u. dergl. mit sich in die Höhe und entfernt sie von der Wunde. Auf diese Weise kommt eine Reinigung der Wunde zu Stande, wie sie gründlicher und schonender zugleich kaum zu denken ist.

Die Dauersonde bei Behandlung der Harninfection, der Prostata- und Urethralblutungen. Von Felix Guyon. (La Presse medic., No. 36, 1900.) Die Dauersonde oder wie wir sagen würden, der Dauerkatheter stellt eine Drainage der Blase per vias naturales dar. Guyon betrachtet sie als wirksamste Methode für die Behandlung aller febrilen Harninfectionen und bringt sie dann in Anwendung, wenn die Allgemeinerscheinungen der Infection nach wiederholten methodischen Blasenausspülungen nicht aufhören. Sie ist wirksamer als die suprapubische Drainage, da sie eine Mortalität von nur 20 Proc. ergiebt, während Poncet und Delore bei der Cystostomie auf 100 Operirte 36.2 Todesfälle rechnen. Die absolute Defervescenz, worunter G. versteht, daß das Thermometer auch Abends dauernd nicht mehr als 37° zeigt, tritt in den meisten Fällen schon nach 2 Tagen ein, kann aber bei schweren Infectionen erst in 9 Tagen vollendet sein. Man kann mehrere Typen der Entfieberung unterscheiden:

1. Die rapide Entfieberung. Sie erfolgt in 12—36 Stunden nach Einlegung des Verweilkatheters.

2. Die progressive Entfieberung. Sie wird bei chronischen Infectionen oder bei Recidiven z. B. nach zu früher Entfernung des Dauerkatheters beobachtet und ist bisweilen erst nach 7—9 Tagen vollendet. In den meisten Fällen fällt die Temperatur sofort nach Einlegung des Dauerkatheters. Zuweilen aber steigt sie zunächst (längstens die nächsten 24 Stunden) noch an, ehe sie — langsamer oder schneller — abfällt. In den seltenen Fällen, in denen die endgiltige Defervescenz ausbleibt, sinkt die Temperatur häufig nur vorübergehend, um dann progressiv anzusteigen. Hier erwies sich aber auch die suprapubische Drainage wirkungslos. Bei einem Kranken, der zu dieser Kategorie gehört, ergab die Section eine doppelseitige eitrige Nephritis. Verstopft sich der Katheter oder liegt er nicht richtig, oder wird er zu früh entfernt, so steigt die schon gesunkene Temperatur von Neuem an. Deshalb verlangt die Methode einmal eine sorgfältige Ueberwachung des Katheters, und ferner die Beobachtung gewisser Regeln, nach denen der Zeitpunkt,

wann der Katheter ohne Schaden entfernt werden darf, bestimmt wird. In den Fällen rapider Entfieberung darf nämlich die Körpertemperatur an mindestens 2 bis 3, in denen mit progressiver Entfieberung an mindestens 5 bis 7 aufeinander folgenden Tagen nicht über 37° gestiegen sein, ehe man den Katheter entfernen darf. Man thut hiebei gut, neben der Temperatur auch die anderen Zeichen des Fiebers, bezw. der Infection zu berücksichtigen, als besonders die Beschaffenheit der Zunge, den Zustand der Lungen, etwaige Somnolenz etc. Bei Beobachtung aller dieser Cautelen kann man bei den meisten Kranken den Katheter schon nach 4—5 Tagen entfernen. In schwereren Fällen kann es erforderlich sein, ihn bis 15 Tage und nur sehr selten noch länger liegen zu lassen. In einem Falle mußte der Katheter, weil das Fieber nach seiner Entfernung stets wieder anstieg, sogar 49 Tage liegen bleiben, ohne daß dem Kranken irgend ein Schaden erwachsen wäre. In derartigen Fällen, die sehr selten sind, ist die Cystostomie indicirt. Für die Wirksamkeit des Dauerkatheterismus selbst bei sehr schweren Infectionen spricht auch ein von G. citirter Fall von Prostatahypertrophie, bei welchem mit der Harninfection eine sehr deutliche Vergrößerung der einen Niere auftrat. Hier bewirkte der Dauerkatheter nach Verlauf von 6 Tagen nicht nur völlige Entfieberung, sondern auch definitive Verkleinerung der afficirten Niere. Anschwellung der Niere bildet also, wie der Fall zeigt, jedenfalls keine Contraindication gegen die Anwendung des Dauerkatheters. In den schwersten Fällen von Harninfection bringt freilich, wie oben bereits erwähnt, auch der gut functionirende Dauerkatheter das Fieber nicht zum Schwinden. Diese Fälle sind aber äußerst selten. Sie werden häufig durch Infectionen außerhalb des Harnapparates vorgetäuscht, und zwar besonders durch solche in den Genitalorganen: der Prostata, den Nebenhoden und der Tunica vaginalis. Die zuweilen vorhandene Anschoppung der Lunge dagegen hängt meistens von der Harninfection ab und wird deshalb auch am wirksamsten durch Fortsetzung des Dauerkatheterismus in Verbindung mit den Mitteln der inneren Medicin bekämpft. Findet man nun derartige secundäre Infectionen in der Genitalsphäre, so sind sie unter Fortführung des Dauerkatherismus nach allgemein medicinischen oder chirurgischen Grundsätzen zu behandeln, wonach dann sofort die Entfieberung eintritt. Ebenso wirksam wie bei Harninfectionen ist die Dauersonde bei Prostata- und urethralen Blutungen, mögen sie nun congestiver Natur sein oder von einem Neoplasma oder Trauma hervorgerufen sein. G. berichtet über mehrere hierher gehörige Fälle, in denen es durch diese Methode gelang, sehr bedeutende Hämorrhagien innerhalb 48 Stunden definitiv zum Stillstand

zu bringen. In Bezug auf die Technik der Methode verweist G. auf seine im Verein mit Michon veröffentlichte Abhandlung im dritten Bande der Annales des maladies des organes génito-urinaires.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber die Ursachen der klimakterischen Blutungen. Von Theilhaber (Münchener med. Wochenschr. 1900, No. 14). Bei einer recht erheblichen Anzahl von Frauen in den vorgerückten Lebensjahren, die wegen abnormer Blutungen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, findet sich keine Neubildung und keine Adnexerkrankung; dabei dauern die Blutungen zum Theil sehr lange an, zuweilen mehrere Wochen, ja bisweilen auch mehrere Monate. Charakteristisch ist für die hier zu beschreibende Form der präklimakterischen Blutungen der Umstand, daß sich zuweilen bei den Menorrhagien blutungsfreie Pausen von ungewöhnlicher Länge finden, die Pausen zwischen den Blutungen betragen mitunter 6, 8 Wochen, auch nicht selten eine Reihe von Monaten. Bei einem großen Theil dieser Frauen findet sich Schwund des Fettes in den Labien und Runzelung derselben, Atrophie der Schleimhaut der Vagina, manchmal gepaart mit Descensus derselben, Atrophie der Ovarien, daneben aber bedeutende Verlängerung des Uterus, der 9—12 Sondenlänge aufweist, meist gleichzeitig Verbreiterung des Uteruskörpers; in Folge von Erschlaffung seiner Bänder ist der Uterus sehr beweglich; der Uteruskörper fühlt sich häufig weich an, oft wie ein schwangerer Uterus im dritten Monat. Die Höhle ist auffallend weit, die Vaginalportion dabei häufig klein und atrophisch, zuweilen derb und hart, meist von normaler Schleimhaut bedeckt, selten Erosionen aufweisend. In der blutungsfreien Zeit ist die Sekretion aus der Uterushöhle fast null. Führt man nach Dilatation den Finger in die Uterushöhle ein, so findet man dieselbe gewöhnlich leer, ohne Neubildung; nimmt man den scharfen Löffel zu Hilfe, so entfernt man mittels desselben auffallend reichliche Massen von hyperplastischer Schleimhaut; die mikroskopische Untersuchung derselben ergiebt bald das Bild der interstitiellen, bald das der glandulären Entzündung, manchmal sind auch beide Formen kombiniert. — In einer Reihe anderer Fälle, bei annähernd gleichem Verhalten der Blutungskurve, zeigen sich nicht nur Scheide und äußere Genitalien im Zustand der beginnenden Atrophie, sondern auch am Uterus das gleiche Verhalten, er ist klein, schmal, seine Wände sind dünn, ebenso atrophisch ist die

Portio; seine Schleimhaut zeigt meist nur geringfügige Abweichungen von der Norm oder ist normal oder bereits im Stadium der beginnenden Atrophie. In den geschilderten Fällen liegt nach Th.'s Ansicht die Ursache der Blutungen nicht in dem Verhalten der Schleimhaut, nicht in der veränderten Beschaffenheit der Gefäße, auch nicht in der anormalen Funktion der Ovarien, sondern in dem abnormen Verhalten der Uterusmuskulatur. In der postklimakterischen Zeit ist die Muskulatur des Uterus atrophisch, zum Theil durch Bindegewebe ersetzt. Dieser Proceß leitet sich schon Jahre vorher ein. Gewöhnlich ist beim Eintritt dieser allmählich sich entwickelnden Atrophie der Uterusmuskeln schon eine beträchtliche Stenosirung der Gefäße vorhanden, so daß es trotz der verminderten Kontraktion der Muskeln zu spärlichen Blutausscheidungen kommt. Tritt aber die Atrophie der Muskulatur zu einer Zeit ein, in der die Stenosirung der Gefäße noch nicht genügend vorgeschritten ist, so kann die Uterusmuskulatur die Hyperämie nicht beseitigen, es kommt infolge der Atonie der Uterusmuskulatur zur Blutüberfüllung, zu lange dauernden Menorrhagien; der Zustand ist ein Analogon zur Subinvolutio uteri postpuerperalis, die ebenfalls eine Folge der Atonie des Uterus ist. Auf die gleiche Ursache führt Th. eine Reihe sogenannter essentieller Uterusblutungen zurück, so die Menorrhagien sehr junger, noch unentwickelter Mädchen, die Blutungen der Bleichsüchtigen, Phthisischen und der Rekonvalescentinnen von schweren fieberhaften Krankheiten. — Ein ähnlicher Zusammenhang liegt auch bisweilen bei den häufig in der präklimakterischen Zeit auftretenden Menorrhagien von Myomkranken vor, die vorher trotz ihrer Myome viele Jahre lang normal menstruirten. Gerade beim myomatösen Uterus ist die funktionsfähige Muskulatur schon reduzirt; wenn nun noch der Rest vom Muskelgewebe zu atrophiren beginnt, so wird leicht die Dauer der menstrualen Hyperämie verlängert, es kommt zu einer Hyperämie der Mucosa und infolge davon zur Endometriis fungosa und deren Konsequenzen, den Menorrhagien. Es kann aber auch durch die Blutüberfüllung des Uterus dazu kommen, daß der Tumor gerade in dieser Zeit viel rascher wächst als gewöhnlich. Infolge der Muskelatrophie werden auch Myome oft in der Wechselzeit polypös. Ein interstitielles Myom wird sich dabei, je nach seiner Lage, in den äußeren oder inneren Schichten der Uterusmuskulatur entweder nach dem Peritoneum zu entwickeln, also subserös werden, oder nach der Schleimhaut hin wachsen, in das Cavum hineinragen oder später sogar vielleicht gestielt werden.

Zur Verhütung des Kindbettfiebers. Von Prof. Hofmeier (Würzburg). (Münchener med. Wochenschrift,

1900, No. 37). H berichtet kurz über die Morbiditätsverhältnisse der letzten 1000 Geburten der Würzburger Gebäranstalt (16. April 1898 bis 25. Februar 1900). Es waren darunter 467 Erstgebärende. 533 Mehrgebärende; Operationen kamen folgende vor: Zangen 25, Wendungen 32, Extractionen 39, Perforationen 7, Sectio caesarea 2, Embryotomie 1, künstliche Frühgeburt 10, Symphyseotomie 1; von anderen Complicationen Tympania uteri 1, Eclampsie 7, Placenta praevia 10, manuelle Placentarlösung 7, Uterustamponade 3, Nabelschnurvorfall 20, Inversio uteri 1. Die Gesammtmorbidität, danach bestimmt, daß die Temperatur auch nur einmal 38° C. in der Achselhöhle erreichte, belief sich auf 99. Temperatur und Puls wurden ausnahmslos von den Assistenten festgestellt. Unter diesen 99 Fällen ließen sich 26mal bei völlig normalem Verhalten der Genitalien anderweitige Krankheitsherde nachweisen (14mal beginnende Mastitis). Von den übrigen 77 Fällen zeigten 37 objectiv nicht die geringste Abweichung an den Genitalien; 31mal waren die Steigerungen bei diesen Wöchnerinnen nur vorübergehend. Bei den übrigen 36 fiebernden Wöchnerinnen ließen sich wenigstens irgend welche objectiven Anomalien nachweisen, wie übelriechende Lochien, Retention von Eihäuten etc. Nur bei 8 von diesen Wöchnerinnen überstieg die Temperatur ein oder mehrere Male 39° (einmal nach einer Symphyseotomie). Es starben von den 1000 Wöchnerinnen 5, darunter 1 auf dem Transport in die Klinik an Haemorrhagia cerebri, 2 an Eclampsie, 1 mit einem Herzfehler behaftete durch plötzlichen Collaps, endlich eine an Nephritis leidende Frau, bei der künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde, am vierten Tage an allgemeiner Sepsis, die aber nach Ansicht des obducirenden Anatomen nicht von den Genitalorganen ausgegangen war, welche selbst ganz normal waren. — Unter den letzten 2000 Wöchnerinnen starb somit keine einzige an puerperaler Infection. — H. hält seine günstigen Resultate für wesentlich mitbedingt durch die gründliche objective Reinigung und Desinfection der äußeren Genitalien und der Scheide durch ½promillige Sublimatlösung. Diese Ansicht wird bekanntlich von vielen Frauenärzten und Practikern nicht getheilt, von denen manche die präventive Scheidenspülung nicht nur überflüssig, sondern sogar für schädlich halten. H. setzt sich im Anschluß an seine statistischen Mittheilungen mit den von verschiedenen Autoren in dieser Frage geäußerten Ansichten auseinander und hält an seiner Ueberzeugung fest, daß es im Interesse der Gebärenden absolut geboten erscheint und auch durchführbar ist, vor geburtshilflichen Operationen, ganz besonders vor intrauterinen, nicht nur die äußeren Genitalien, sondern auch die Scheide gründlich zu desinficiren.

Ueber Stypticin, ein neues Hämostaticum, berichtet Freund in Frankfurt a. M. (Monatsschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 9, H. 3). Stypticin ist ein gelbliches, krystallinisches, in Wasser leicht lösliches Pulver von der Zusammensetzung $C_{12}H_{14}NO_3Cl$. Wegen seines bitteren Geschmackes wird es am besten in Form überzuckerter Tabletten gegeben, wie solche mit einem Gehalte von 0,05 g von der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt in den Handel gebracht werden. Die übliche Tagesdosis während der menstruellen Blutung beträgt 5—6 Tabletten à 0,05 g, in manchen Fällen empfiehlt es sich, schon einige Tage vor dem zu erwartenden Eintritt der Periode täglich zwei bis drei Tabletten nehmen zu lassen. Zur schnellen Bekämpfung sehr starker Blutungen sind Subkutaninjektionen zuweilen vorzuziehen, und zwar 2 cm^3 einer zehnproz. Lösung in die Glutaealmuskulatur. Sicherer Erfolg mit Stypticin ist bei Metrorrhagien nach entzündlichen Affektionen, bei Uterusblutungen nach Adnexoperationen zu erwarten, kein Erfolg bei Blutungen, die durch rein fungöse Endometritis bedingt sind. Freund stellt im ganzen 13 Publikationen zusammen, die sämmtlich von günstigen Wirkungen und Erfolgen mit Stypticin berichten. Die Wirkung des Stypticins gegen verschiedene Formen von Uterushämorrhagien steht somit fest. Ob das Mittel bei gewissen Fällen von Lungenblutungen mehr zu leisten vermag als andere, muß erst durch weitere Untersuchungen entschieden werden.

Die Therapie der anämischen Zustände im Kindesalter muß in ihren Maßnahmen der verschiedenen Pathogenese entsprechend angepaßt werden. Fürst unterscheidet verschiedene Formen der Anämie im Kindesalter, welche gemäß ihrer Aetiologie verschiedene Maßnahmen erfordern. Die kongenitale Form entsteht nicht selten durch Vererbung. Habituelle Anämie der Eltern, Kachexie infolge von Tuberkulose, perniciöse Neubildungen u. s. w., dürftige, ungünstige Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse der Mutter, Krankheiten während der Gravidität führen zur Anämie des Kindes. Sie kommt auf dem Wege des Placentarkreislaufes zu Stande, bildet sich in der Zeit der fötalen Entwicklung weiter aus. Die alimentäre Form resultirt aus zu lange fortgesetzter, ausschließlicher Ernährung mit Milch beim normalen, nicht anämisch geborenen Säugling. Milch nimmt unter den Nahrungsmitteln bekanntlich bezüglich des Eisengehaltes eine sehr niedrige Stufe ein. Die Wachsthumsanämie, eine Krankheit des 5. bis 7., sogar bis 12. Jahres, fällt mit dem Längenwachsthum und gleichzeitiger Fettabnahme zusammen und ist auf gesteigerte Oxydationsvor-

gänge zurückzuführen. Die Bildung neuer Blutzellen hält mit dem gesteigerten Gewebszerfall nicht Schritt, die Blutmasse wird durch vermehrten Ansatz von Knochen- und Muskelsubstanz zu stark in Anspruch genommen, sie nimmt ab. Die Entwicklungsanämie pflegt im Schulalter bei beiden Geschlechtern, zumeist gegen die Pubertät bei Mädchen, also zwischen dem 12. bis 15. Jahre und begünstigt durch Ueberanstrengung und Ueberbürdung des Gehirns, nervöse Erregungen, zu anhaltend sitzende Lebensweise usw. einzutreten. Pathologische Formen endlich sind die Folge akuter Hämorrhagien nach innen oder außen, kongenitaler Tumoren, akuter Krankheiten mit starken Säfteverlusten, ausgebreiteter, chronischer Lymphadenitis, frühzeitig erworbener Tuberkulose und konstitutioneller Krankheiten, welche den Sitz der Blutbereitung, das Knochenmark, alteriren. Es handelt sich um direkte oder indirekte Verminderung des Blutbestandes, meist zugleich mit starker Abnahme des Hämoglobingehaltes. Um diesen kausalen Indikationen zu entsprechen, bedarf es weniger einer medikamentösen als einer hygienisch diätetischen Behandlung. Für die Regeneration des Blutes eignen sich nach Fürst weniger die künstlichen Eisenalbuminate, wenigstens für längeren Gebrauch, als die organischen Eisenverbindungen, welche theils im Pflanzenreich, theils in dem direkt aus Blut hergestellten Hämoglobin fertig sich vorfinden. Fürst empfiehlt namentlich das „trockene Hämoglobin Schneider" Sicco. Für Diät wie Medikation wichtig ist eine zeitweilige Abwechslung, um Gewöhnung und Abneigung zu vermeiden. (Therap. Monatsh. 1900, 9.)

Ueber das Baden Neugeborener. (Wien. klin. Wschr. 1900, No. 24.) Eine große Reihe von Fachmännern haben sich in den letzten Jahren theils für, theils wider das Baden Neugeborener ausgesprochen. Es handelt sich dabei in erster Linie um die Zeit bis zum Abfall der Nabelschnur. Die Gegner wandten ein, daß das Naßwerden der Nabelschnur beim Baden die Mummifikation hindere, eine Nabelinfektion leichter möglich werde, daß weiterhin die Gebadeten leichter fieberten und schlechter an Gewicht zunähmen, und daß schließlich beim Baden eine Infektion mit Gonokokken infolge des Gebrauches eines einzigen Schwammes für Gesicht und Körper in Gefahr sei. Kowarski kommt auf Grund genauer Beobachtungen an 363 Kindern, von denen er die eine Hälfte gar nicht, mit Ausnahme des ersten Bades, und die andere Hälfte theils täglich, teils jeden zweiten Tag badete, zu folgendem Resultat: Das Baden verzögert die Mummifikation nur wenig oder gar nicht. Bei jeder Methode (Baden oder Nichtbaden) wird selten Fieber zu konstatiren sein, wenn mit der nöthigen Sorgfalt vorgegangen wird.

Befinden sich Gonokokken auf der Hautoberfläche des Kindes, so können dieselben mindestens ebenso leicht ohne Bad in die Augen transportirt werden. Nur bezüglich des Icterus gaben die Nichtgebadeten bessere Resultate. In Summa soll man also den alten Usus Neugeborene zu baden, nicht über Bord werfen, zumal ein Nichtbaden gerade in den breiten Volksschichten eine Vernachlässigung der allgemeinen Reinlichkeit in jeder Beziehung nach sich ziehen und somit dem Neugeborenen sehr zum Nachtheil gereichen würde.

Verschiedenes.

Zur Stillung von Nasenbluten. Forcirte Erweiterung des Brustkorbes soll, nach einer Angabe von A. Fedorowitsch, ein ausgezeichnetes Mittel zur Stillung von Nasenbluten sein. Der Kranke sitzt dabei vollkommen gerade auf einem Stuhl, legt beide Arme auf den Kopf und führt nun ruhige, möglichst tiefe Athembewegungen bei offenem Munde aus. Hierdurch werden die Venen des Kopfes und der Nase möglichst blutleer gemacht und das Nasenbluten steht. Andererseits empfiehlt Roche (Brit. med. Journ.) in solchen Fällen von Nasenbluten, welche nicht auf localen Ursachen beruhen, sondern mehr in Allgemeinerkrankungen ihren Grund haben, heisse Umschläge auf die Nackengegend, welche sehr gute Resultate ergeben. Das einfache Mittel ist besonders für die Landpraxis zu empfehlen, wo eigentliche Blutstillungsmittel nicht immer bei der Hand sind. Diese Umschläge sind auch in sehr hartnäckigen Fällen wirksam; die Wirkung ist noch prompter, wenn man statt der Umschläge mit heissem Wasser heisse Breiumschläge anwendet. Besonders empfehlenswerth ist das Verfahren in den Fällen von Nasenbluten bei Arteriosklerose. — (Zeitschr. f. Krankenpfl.)

Die Ausstattung des ostasiatischen Expeditionskorps mit ärztlichem Personal und Material ist in wesentlich reicherem Masse geschehen, als dies für einen europäischen Krieg vorgesehen ist. Auf ungefähr 120 Mann kommt ungefähr jedesmal 1 Arzt. Es ist auch dafür Sorge getragen worden, dass zahlreiche von den verschiedensten Richtungen spezialistisch geschulte Aerzte zur Verfügung stehen. Für die Krankenbehandlung steht neben einer Sanitäts-Kompagnie und 4 Feldlazarethen, deren jedes mit Material für 200 Kranke ausgerüstet ist, noch das Kriegslazareth zur Verfügung, 127 Zelte und 15 Baracken mit vollständiger Ausstattung (unter anderem 3000 Bettstellen, 5000 wollene Decken, 100 große eiserne Oefen, 200 Mosquitonetze etc.) sind allein für Krankenzwecke mitgegeben. Um beim Auftreten ansteckender Krankheiten erfolgreich vorgehen und Epidemien im Keime ersticken zu können, fehlt nicht ein großer fahrbarer Dampfdesinfektionsapparate zur Wohnungsdesinfektion. Auch eine fahrbare Röntgen Einrichtung, die in sinnreicher Weise von der Firma Siemens und Halske konstruirt ist, ist vorhanden. Falls trotz der sorgfältigen Auswahl und aller Vorsichtsmassregeln Mannschaften tropendienstunfähig werden sollten, so wird für deren Zurücksendung ein Lazarethschiff (Dampfer „H. H. Meyer" des Lloyd) eingerichtet, das nach jeder Richtung hin den weitgehendsten Anforderungen hinsichtlich der Krankenunterkunft und Krankenpflege entsprechen wird. (D. Med. W.)

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro 12. XXXXI. Jahrgang 25. Dec. 1900.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Das Arzneibuch für das Deutsche Reich (Schluß zu Seite 247). Ueber Formalin-Desinfection der Wohnungen. — Ueber Schlafvorstellungen bei Gesunden und Nervenkranken. Anwendung schmerzstillender Mittel bei Magenkrankheiten. Ueber neuere Medicamente und Nährmittel bei der Behandlung der Tuberculose. — Zur blutigen Behandlung der Luxatio claviculae acromialis und der Brüche des Nasenbeines. Zur Lehre von der ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule. Zur Bubobehandlung. Ueber Kopfschmerzen bei Sehstörungen. Weiteres über Kalkverletzungen des Auges. — Ein Beitrag zur Klärung der Frage nach der Entstehung der Stirnlagen. Zur Behandlung von wunden Warzen und Mastitiden im Wochenbett. — Ueber intratracheale Injectionen. Ein neues Kolapräparat zur Behandlung functioneller Nervenerkrankungen. Versuche über Wäschedesinfection. Lymphdrüsenschwellungen bei Scharlach.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Das neue Arzneibuch für das Deutsche Reich.

(Schluß zu S. 247.) Die Maximaldosen sind bei über der Hälfte der Mittel geändert, ganz besonders ist die größte Tagesgabe in etwa der Hälfte der Fälle wesentlich (25 Proc.) herabgesetzt.

Eine Aufführung der Veränderungen allein ist daher unthunlich, auch sind die Maximaldosen für den Arzt von so außerordentlicher Wichtigkeit, daß sie an dieser Stelle aufgeführt werden sollen.

	Sonst grösste		Jetzt grösste	
	Einzel-gabe	Tages-gabe	Einzel-gabe	Tages-gabe
Acetanilidum	0,5	4,0	0,5	1,5
Acidum arsenic.	0,005	0.02	0,005	0,015
Acidum carbolic.	0,1	0,5	0,1	0,3
Agaricinum	0,1	—	0,1	—
Amylen. hydrat.	4,0	8,0	4,0	8.0
Apomorph. hydrochlor.	0,02	0,1	0,02	0,06
Aq. Amygdal. amar.	2,0	8,0	2,0	6,0
Argent. nitric.	0,03	0,2	0,03	0,1
Atropin sulfur	0,001	0,003	0,001	0,003
Bromoform.	—	—	0,5	1,5
Cantharid.	0,05	0,15	0,05	0,15
Chloral. formamid.	4,0	8.0	4,0	8,0
Chloral. hydrat.	3,0	6,0	3,0	6,0
Chloroformium	0,5	1,0	0,5	1,5

	Sonst grösste		Jetzt grösste	
	Einzel-gabe	Tages-gabe	Einzel-gabe	Tages-gabe
Cocain. hydrochl.	0,05	0,15	0.05	0,15
Codein. phosphor.	0,1	0,4	0,1	0,3
Coffeïn-Natr. salic.	—	—	1,0	3,0
Coffeïnum	0,5	1,5	0,5	1,5
Cupr. sulfuric.	1,0	—	1,0	—
Extractum Bellad.	0,05	0,2	0,05	0,15
„ Colocynth.	0,05	0,2	0,05	0,15
„ Hyoscyam.	0,2	1,0	0,1	0,3
„ Opii	0,15	0,5	0,15	0,5
„ Strychni	0,05	0,15	0,05	0,1
Folia Belladonn.	0,2	1,0	0,2	0,6
„ Digital.	0,2	1,0	0,2	1,0
„ Stramon.	0,2	1,0	0,2	0,6
Fructus Colocynth	0,5	1,5	0,3	1,0
Gutti	0,5	1,0	0,3	1,0
Herba Conii	0,5	2,0	0,2	0,6
„ Hyoscyam.	0,5	1,5	0,4	1,2
„ Lobeliae	—	—	0,1	0,3
Homatropin. hydrobrom.	0,001	0,003	0,001	0,003
Hydrarg. bichlorat	0,02	0,1	0,02	0,06
„ bijodat	0,02	0,1	0,02	0,06
„ cyanat.	0,02	0,1	0,02	0,06
„ oxydat.	0,02	0,1	0,02	0,06
„ „ v. hum. p.	0,02	0,1	0,02	0,06
„ salicylic.	—	—	0,02	—
Hydrast. hydrochl.	—	—	0,03	0,1
Jodoformium	0,2	1,0	0,2	0,6
Jodum.	0,02	0,1	0,02	0,06
Kreosotum	0,2	1,0	0,5	1,5
Liq. kal. arsen.	0,5	2,0	0,5	1,5
Methylsulfonal.	—	—	2,0	4,0
Morph. hydrochl.	0,03	0,1	0,03	0,1
Oleum croton.	0,05	0,1	0,05	0,15
Opium	0,15	0,5	0,15	0,5
Paraldehydum	5,0	10,0	5,0	10,0
Phenacetinum	1,0	5,0	1,0	3,0
Phosphorus	0,001	0,005	0,001	0,003
Physostigm. salic.	0,001	0,003	0,001	0,003
Pilocarp. hydrochl.	0,02	0,05	0,02	0,04
Plumb. acetic.	0,1	0,5	0,1	0,3
Podophyllinum	—	—	0,1	0,3
Pulv. Ipecac. opiat.	—	—	1,5	5,0
Santoninum	0,1	0,5	0,1	0,3
Scopolamin. hydrobrom.	0.0005	0,002	0,001	0,003
Semen Strychni	0,1	0,2	0,1	0,2

	Sonst grösste		Jetzt grösste	
	Einzel-gabe	Tages-gabe	Einzel-gabe	Tages-gabe
Strychnin nitr.	0,01	0,02	0,01	0,02
Sulfonalum	2,0	4,0	2,0	4,0
Tartarus stibiat.	0,2	0.5	0,2	0,6
Theobrom. natr. salic.	1,0	8,0	1,0	6 0
Tct. Aconiti	0.5	2,0	0,5	1.5
„ Cantharid	0,5	1,5	0,5	1,5
„ Colchic.	2,0	5,0	2,0	6,0
„ Colocynth	1,0	5,0	1,0	3,0
„ Digitalis	1,5	5,0	1,5	5,0
„ Jodi	0,2	1,0	0,2	0,6
„ Lobeliae	1,0	5,0	1,0	3,0
„ Opii croc.	1,5	5,0	1,5	5,0
„ Opii simpl.	1,5	5,0	1,5	5,0
„ Strophanth.	0,5	2,0	0,5	1,5
„ Strychni	1,0	2,0	1,0	2,0
Tubera Aconiti	0,1	0,5	0,1	0,3
Veratrinum	0,005	0,02	0,005	0,015
Vinum Colchici	2,0	5,0	2,0	6,0
Zincum sulfuric.	1,0	—	1,0	—

Die veränderten Maximaldosen sind fett gedruckt.

(Correspondenzbl. f. Sachsen).

Seitdem L. Függe im Jahre 1898 seine erste Mittheilung über **Formalindesinfection der Wohnungen** veröffentlicht hat, hat man in verschiedenen Städten die Desinfectionsverfahren nach seiner Vorschrift geübt und, wie aus einer neuerlichen Publication zu ersehen ist, mit bestem Erfolge. So wurden in Breslau von der städtischen Desinfectionscolonne seit Herbst 1898 bis 1. April 1900 356 Formalindesinfectionen von Wohnungen ausgeführt. Desgleichen wurde das Verfahren mit Erfolg z. B. in Stettin und in Köln, hier in über 500 Wohnungen nach Breslauer Muster durchgeführt. Es wurden dabei nie Beschwerden geführt über Beschädigungen der Inventare, wie sie bei früheren Verfahren oft genug laut wurden. In nur 2 Fällen der 356 Breslauer Desinfectionen wurden nachträgliche Infectionen mit derselben Krankheit beobachtet. Die Absicht dieser neuerlichen Publication Flügge's ist vornehmlich die Widerlegung der gegen sein Verfahren vorgebrachten Einwendungen; Abba und Rondelli verwerfen es gänzlich, weil es z. B. die Sporen der Kartoffelbacillen, zuweilen auch den Staphylococcu aureus, nicht abzutödten im Stande sei. Nowack und Schlossmann machen ihm zum Vorwurf, daß es die Sporen der Gartenerde nicht vernichte. Flügge

macht dagegen geltend, daß die Bildung resistenter Dauersporen bei den Krankheitserregern nur sehr selten vorkommt; von den Erregern der Pest, der Cholera, des Abdominaltyphus, des Rotzes, der Diphtherie, der Tuberkulose, der Influenza u. s. w. steht es dagegen fest, daß sie viel weniger resistent sind als Milzbrandsporen oder gar Gartenerdesporen. „Was hat es dann", fährt er fort, „noch für einen Sinn, bei der Desinfection gegen jene Krankheiten Mittel zu verlangen, welche sogar Gartenerde abtödten?" Das Formalin ist besonders wirkungsvoll gegenüber den Diphtheriebacillen, Pestbacillen, Tuberkelbacillen, Milzbrandsporen, Influenza- u. Cholerabacterien, Streptococcen. Seine Wirkung ist mangelhaft und unsicher gegenüber dem Staphylococcus pyogen. aur., sowie sehr widerstandsfähiger Saprophytensporen. Ueber seine Wirksamkeit gegenüber dem Pockencontagium fehlt es noch an Erfahrung, was Masern und Scharlach anbelangt, so hat da a priori ein gasförmig wirkendes Desinficienz immerhin mehr Aussicht auf Erfolg in Anbetracht der „flüchtigen" Natur des Ansteckungsstoffes. In Breslau liegen Erfahrungen vor über 60 Desinfectionen bei Scharlach, und 6 bei Massern. In keinem einzigen Falle sind neue Erkrankungen darnach in derselben Wohnung vorgekommen. In Diphtheriehäusern hat man 257 Formalindesinfectionen ausgeführt, und nur in 2 Fällen sind Neuerkrankungen vorgekommen. Somit hält Flügge vorläufig die Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd für aufs Beste legitimirt.

Was die Technik des Verfahrens anbelangt, so hält er alle seither vorgeschlagenen Modificationen (Schlossmann'schen Apparat, Prausnitz'schen und Czaplewski'schen Sprengapparat, Krell-Elb'sche Carbolformalin-Briquettes, Schering's Patent) noch nicht für geeignet, den „Breslauer Apparat" zu verdrängen. Er beschreibt seinen Apparat, an dem er einige Verbesserungen im Lauf der Zeit angebracht hat (z. B. das Einfalzen des Deckels zur Vermeidung des Schmelzens beim Leerbrennen etc.), und der bei G. Härtel in Breslau angefertigt wird. Nach der genau detaillirten Vorschrift, die er giebt, ist jeder Klempner im Stande, denselben für ca. 40 M. herzustellen. Auf 1 cbm des zu desinficirenden Raumes werden 2,5 resp. 5,0 gr Formaldehyd berechnet. Die Desinfection lässt sich auch von Aussen durch das Schlüsselloch bewerkstelligen. Das ist von Wichtigkeit z. B. für die Vordesinfection von pestinficirten Räumen zum Schutze der desinficirenden Personen; zur eigentlichen Desinfection ist die Dichtung des Raumes wünschenswerth. Nach Beendigung der Formalinräucherung, also nach 7 resp. $3^1/_2$ Stunden, je nach der Verwendung von 2,5 oder 5,0 gr pro. cbm ist die Deso-

dorisation mit Ammoniak vorzunehmen durch das Schlüsselloch mit Hülfe eines einfachen Apparates, der ebenfalls nach der Detaillirung Flügge's von jedem Klempner für ca. 10 M. hergestellt werden kann. Bezüglich der Einzelheiten muss hier auf das Original, Klin. Jahrbuch 1900, Bd. VII, verwiesen werden, wo auch eine ausführliche Instruction für den Desinfector zu finden ist. Nach derselben ist die Formalindesiefection anwendbar bei Diphtherie, Scharlach, Masern, Tuberculose, Influenza, Keuchhusten und Lepra.

Bei Cholera, Unterleibsthyphus und Ruhr ist von der Formalindesinfection abzusehen und die bisherigen Dampfdesinfectionsverfahren in Anwendung zu bringen.

Puerperalfieber, Pocken und Pest verlangen Formalin- und Dampfdesinfection. Bemerkenswerth sind die Schlussausführungen: er hält es nämlich für wahrscheinlich, dass speciell bei der Diphtherie, also bei der Krankheit, die überwiegend die Desinfectionseinrichtungen in Anspruch nimmt, die Formalindesfection einen vielleicht unnöthigen Luxus bedeutet. Er stützt sich dabei auf die Ergebnisse von Untersuchungen seiner Assistenten, die allerdings sehr bemerkenswerthe Resultate ergeben haben. In 300 Proben, die der Umgebung des Kranken entnommen waren, ließen sich nur in 3 Proben von Objecten, die in unmittelbarer Berührung mit dem Kranken gewesen waren (Saugflasche, Halstuch, Bettteppich), typische Diphtheriebacillen ausfindig machen. Daraus schließt er, „daß die Schlußdesinfection eines Wohnraumes nach abgelaufener Diphtherieerkrankung sich recht wohl darauf beschränken kann, die Leib- und Bettwäsche der Kranken, Löffel, Trinkgeschirr, Spielsachen etc. für 1 Stunde in Sublimatlösung 1 : 1000 einzulegen". Unterdessen hat der Desinfector die Bettstelle, neben dem Bett befindliche Stühle und Tische, den Fußboden bis etwa 1 m Entfernung vom Bett, die anstoßende Wandfläche u. s. w. reichlich mit Sublimatlösung zu befeuchten, die Matraze mit einer in Sublimatlösung getauchten Bürste abzubürsten etc. Soda- oder Schmierseiflösungen können sogar das giftige Sublimat hier ersetzen, denn die Diphtheriebacillen gehören zu den am wenigsten widerstandsfähigen Krankheitserregern.

II. Medicin.

Ueber Schlafvorstellungen bei Gesunden und Nervenkranken. Von Dr. Albrecht Erlenmeyer. (Deutsche Medicinal-Zeitung, 1900, No. 39.) Im Schlaf ist das Bewußtsein ausgeschaltet, also ist eine Erinnerung an

den Schlaf an sich nicht möglich, und doch wird man sich im Augenblick des Erwachens darüber klar, daß man geschlafen hat. Dazu kommt man durch die Körperlage, durch Gemeingefühle, Muskelbewegungen und gewisse Organgefühle, die im Augenblick des Erwachens oder unmittelbar danach niemals fehlen, dazu kommt man ferner durch Erinnerungsbilder von Träumen und äußeren Umständen während des Schlafes. Wenn man am Morgen nach wohldurchschlafener Nacht erwacht, dann empfindet man ein Gefühl des Wohlseins und der Erquickung, man reckt und streckt die Glieder, vollführt Muskelbewegungen mit unbeschreiblicher Behaglichkeit und erhebt sich mit Lust zu neuer Thätigkeit. Dies alles allein schon genügt, daß man sich darüber klar und bewußt werde, geschlafen zu haben. Kommen dazu Erinnerungsbilder von Träumen, die man sofort nach dem Erwachen reproduciren kann, dann wird unsere Vorstellung von dem Schlaf noch klarer.

Andererseits vermitteln uns nach dem Erwachen unangenehme Gefühle der Ermüdung und der Erschlaffung, ganz besonders gewisse Organempfindungen und die als negativer Gefühlston damit verknüpfte Verdrießlichkeit der Stimmung, endlich die Erinnerung, daß man in der Nacht aufgewacht ist, Licht angezündet hat etc., die Vorstellung, nicht, oder wenig oder schlecht geschlafen zu haben.

Alle Associationen, die erforderlich sind, um die Vorstellung über den Schlaf zu gewinnen, spielen sich mit gewohnter Schnelligkeit ab, und so kommt man fast im Augenblick des Erwachens zu der ganz sicheren Erkenntniß geschlafen, oder nicht geschlafen zu haben.

Schon weniger bestimmt verhält es sich mit der Vorstellung über die Dauer, über die Länge des Schlafes.

Hier kommen oft Fehler oder Täuschungen vor. Man erwacht z. B. in der Nacht und schließt aus angenehmen Gemeingefühlen, daß man lange, mehrere Stunden geschlafen habe. Man zündet ein Licht an und stellt mit der Uhr fest, daß nur ganz kurze Zeit vergangen ist, seit man das Licht gelöscht und sich zum Schlafen hingelegt hat.

Das Gegentheil, also die Vorstellung eines kurzen Schlafes bei thatsächlich längerem Schlaf kommt ebenfalls vor.

Den vollständigen Mangel der Schlafvorstellung beobachtet man am häufigsten bei Nervenkranken. E. berichtet über einen derartigen Fall, bei dem trotz stundenlangen Schlafes und trotz Controle keinerlei Zugeständniß ertheilt wurde, vielmehr mit stereotyper, aber auch psychopathischer Bestimmtheit jeden Morgen die Erklärung erfolgte: ich habe nicht geschlafen, ich schlafe überhaupt nie.

Der Kranke wacht am Morgen nach mindestens siebenstündigem Schlafe auf, hat weder unangenehme Organ-

gefühle noch allgemeine Unlustgefühle, die retrospectiv auf einen ungenügenden oder gar vollständig fehlenden Schlaf hindeuten, und dennoch behauptet er mit aller Bestimmtheit, keinen Augenblick geschlafen zu haben; und das nicht etwa ein- oder zweimal, sondern Wochen, ja Monate hindurch, und dann, nachdem ihm durch Controle das Gegentheil bewiesen worden ist.

So lange E. bei seinem Patienten an die Reellität der Schlaflosigkeit glaubte, hatte er die Krankheit als eine neurastheniſche aufgefaßt. In wesentlich anderem Lichte erschien ihm aber die Pathogenese und Gruppirung des Falles, nachdem er objectiv festgestellt hatte, daß das tonangebende Symptom, die Schlaflosigkeit, überhaupt garnicht vorhanden war, und ferner, daß er immer und immer wieder beobachtete, daß der Patient, trotzdem ihm objectiv die Thatsache des Schlafes nachgewiesen wurde, hartnäckig bei der Ansicht blieb, daß er nicht geschlafen habe. Dieses Verhalten des Kranken führte ihn zu der Annahme, daß es sich bei ihm um eine Wahnidee handele, sein Bewußtseinsinhalt über den Schlaf dauernd gefälscht war. E.'s Diagnose lautete: hypochondrisches Irresein mit einer isolirten Wahnidee.

E. warnt daher vor einer unnöthigen Anwendung von Schlafmitteln, vor einem Mißbrauch derselben. Immer mehr machte er die Erfahrung, daß Nervenkranke, die in die Anstalt kommen, außerordentlich häufig ganz unnöthiger Weise mit chemischen Schlafmitteln behandelt worden sind, weil es an der nöthigen Kritik fehlte, ob die Klagen der Kranken über unruhigen oder mangelnden Schlaf auch wirklich objectiv begründet waren. Er giebt daher den dringenden Rath, bei allen Kranken, die über ungenügenden Schlaf oder Schlaflosigkeit klagen, nicht allein auf Grund dieser Klagen Schlafmittel zu verordnen, sondern dies erst dann zu thun, wenn durch Controle anderer Personen ein objectives Urtheil über den Umfang der Klagen gewonnen worden ist. Auch weist er darauf hin, bei derartigen Fällen, die ja immer chronische sind, das Allgemeinbefinden und die Ernährung im Auge zu behalten und durch regelmäßige Wägungen ein sicheres Urtheil über die letztere sich zu verschaffen. Schlaf auf der einen und Allgemeinbefinden und Ernährung auf der anderen Seite müssen immer Hand in Hand gehen, und der eine dieser beiden Factoren gestattet stets Schlüsse auf den anderen. Wer bei genügender Ernährung und regelmäßiger Verdauung nicht in die Höhe kommt, bei dem liegt häufig das Ausbleiben der angestrebten körperlichen Kräftigung am mangelhaften Schlafe, den der Kranke selbst für ausreichend hält. Viel häufiger aber muß eine regelmäßige Gewichtszunahme und ein beständig befriedigendes Allgemeinbefinden den Arzt darüber aufklären, daß die Klagen des Kranken

über Schlaflosigkeit nicht den Thatsachen entsprechen. Die Zahl der Nervenkranken, die viel mehr schlafen, als sie selbst glauben und klagen, ist Legion.

Anwendung schmerzstillender Mittel bei Magenkrankheiten. Es wird vielfach angenommen, daß das Morphium die Magensaftsecretion herabsetzt. Entgegen dieser Annahme hat Prof. Riegel, theils an Hunden mit einer Pawlow'schen Magenfistel, theils an Menschen gefunden, daß dem Morphium nicht eine hemmende, sondern eine erregende Wirkung zukommt. Uebereinstimmend ergab sich in allen Versuchen, daß das Morphium die Saftsecretion anregt, und zwar um so stärker und um so länger, je größer die Dosis des injicirten Morphins ist. Darnach dürfte es nicht gleich sein, ob man im gegebenen Falle bei Magenkranken Morphium oder Belladonnapräparate verwendet. Damit stimmt auch die praktische Erfahrung überein, die längst gezeigt hat, daß beide Gruppen von Mitteln keineswegs stets gleich günstig wirken, daß vielmehr in manchen Fällen von Gastralgie das Morphium versagt, wo die Belladonnapräparate von rascher Wirkung gefolgt sind und umgekehrt. Nach Riegel rührt dieser Unterschied von der verschiedenen Wirkung dieser Mittel auf die Magensaftsecretion her. Während Morphium dieselbe anregt, wirkt Belladonna im entgegengesetzten Sinne stark hemmend auf dieselbe ein.

Daraus ergeben sich von selbst die Indicationen für die Anwendung dieser Präparate. In Fällen mit gesteigerter Saftsecretion, besonders wenn die Schmerzanfälle nachweislich mit der Magensaftabsonderung im Zusammenhang stehen, wird man Morphium nicht geben, sondern Atropin vorziehen. In einem solchen Falle wirkt Atropin sicherer und prompter in subcutanen Injectionen, als per os dargereicht.

Die Wirkung des Atropins beschränkt sich aber nicht auf die Saftsecretion, sondern beeinflußt auch die Motilität. Während eine Herabsetzung der Motilität nach Morphiumdarreichung sich nicht beobachten läßt, tritt die Einwirkung des Atropins auf die Magenmusculatur deutlich zu Tage. So dürfte ein wesentlicher Theil der Atropinwirkung in der Beseitigung des Pyloruskrampfes zu suchen sein. Eine Contraindication zur Anwendung des Atropins bildet nach dem eben Gesagten die Atonie des Magens, ferner herabgesetzte Saftsecretion. (Zeitschr. f. pract. Aerzte No. 17.)

Ueber neuere Medicamente und Nährmittel bei der Behandlung der Tuberculose. Von Dr. Schreiber. — Der häufig so lästige Reizhusten der Lungen-

kranken, ferner heftige Schmerzen bei Pleuritiden, Larynx- und Darmphthise erfordern manchmal die Anwendung narcotischer Mittel. Man soll mit denselben möglichst lange warten. Neuerdings werden Ersatzmittel des Morphins für unsere Zwecke empfohlen. Ausser Codeïn und Peronin sind es in erster Linie Dionin und Heroin. Während das Dionin seinen Platz als hustenlinderndes und schmerzstillendes Mittel in Dosen von 0,01—0,03 g behauptet, ist das Heroin wegen seiner vielfachen Nebenwirkungen (Uebelkeit, Schwindel, rauschähnliche Zustände u. s. w.) nur mit Vorsicht zu gebrauchen.

Die Narcotica sind ferner bei starker Dyspnöe der Lungenkranken nicht zu entbehren. Es lohnt sich, gegen dieses Symptom mit dem Oxycampher (dreimal täglich mit 0,5 g in Pulver) oder dem Oxaphor in folgender Form einen Versuch zu machen:

Rp. Sol. Oxycamph. 50% . 10,0
Spiritus vini 20,0
Succi Liquir. 10,0
Aq. dest. . . . . ad 150,0
M. D. S. dreimal täglich 1 Esslöffel.

Auch der fortgesetzte Gebrauch von Jodipin (2—3 Mal täglich 1 Theelöffel) ist angezeigt.

Was die Antipyretica betrifft, so werden dieselben bei der Behandlung der chronischen Fieberzustände nur als Milderungsmittel gebraucht, bezüglich ihrer Heilwirkung darf man sich nicht großen Illusionen hingeben. Neuerdings werden Citrophen und Aspirin von verschiedener Seite besonders gerühmt. Die Ersatzmittel für Antifebrin und Phenacetin, ihre Sulfoderivate dürften keine große Beachtung verdienen.

Die lästigen Nachtschweisse werden (nach Hirschfeld) mit Formalinalcoholpinselungen der Haut bekämpft (40%ige Formalinlösung mit gleichen Theilen Alcohol. absol. gemischt.

Die Ernährung des Phthisikers so zu gestalten, dass nicht nur dem drohenden Schwund der Gewebe vorgebeugt, sondern sogar Fleischansatz erreicht wird, ist eine der Hauptaufgaben der Therapie. Die Anorexie der Lungenkranken erschwert dieselbe sehr. Wir warten noch auf das wirksame Stomachicum. Ob das Validol den Erwartungen entspricht, ist sehr zweifelhaft. Auch das Vanadium ist mehrmals täglich von 1—4 mg angewendet worden. Gegen die Diarrhöen wurde ein neues Adstringens, Tannocol, eine Verbindung von Tannin und Leim (3 Mal täglich 1,0, nach den Mahlzeiten) mit scheinbarem Erfolge eingeführt.

Künstliche Nährpräparate kommen in letzter Zeit vielfach zur Verwendung. Unter diesen verdient in erster Reihe das Plasmon Beachtung. Dasselbe wird am besten zu 50—60,0 in Reisbrei den Kranken gegeben. Vor der Verarbeitung mit dem Reis lässt man das Plasmon im Wasser quellen. Auch Eulactol scheint brauchbar zu sein.

Alle diese Nährmittel können nur Hilfsmittel bleiben. Der leichterkrankte Phthisiker braucht sie nicht, bei dem Schwerkranken ist alle Mühe umsonst. Der alte Leberthran, den man bei allen Neuerungen mit Unrecht etwas vergisst, wird neuerdings zweckmässig als Clysma zu 30—50,0 und mehr gegeben bei Kranken mit empfindlichem Magen.

Die mit der Gelatine als blutstillendes Mittel gemachten Erfahrungen ermuthigen zu weiteren Versuchen gegen Lungenblutungen. In letzter Zeit wurden subcutane Einspritzungen von 50—200,0 einer 2 — 3%igen Gelatinelösung (die Gelatine wird in 7‰ Kochsalzlösung gelöst und die Lösung sterilisirt) gemacht.

An Bestrebungen, specifisch wirkende Mittel gegen die Tuberculose einzuführen, hat es nie gefehlt. Es ist noch keines gefunden. Creosotpräparate nehmen noch immer einen hervorragenden Platz ein. Das Thiocol macht gleichfalls viel von sich reden. Es wird zu 3—10,0 in Pulvern oder als 10%iger Thiocolsyrup (Sirolin) gegeben. Das creosotsulfosaure Kalium, Sulfosot und der Sulfosotsyrup sollen (nach Schirer) ähnliche Vortheile wie Thiocol besitzen.

Auch von Fluoroformwasser sind (Stepp) günstige Erfolge bei Phthise gesehen worden.

Die Inhalationstherapie spielt noch immer eine große Rolle in der Phthisisbehandlung, ohne daß Beweise für ihre günstige Wirkung vorliegen. — (Centrlbl. f. d. g. Med.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Zur blutigen Behandlung der Luxatio clavi-culae acromialis und der Brüche des Nasenbeines. Von Dr. Konrad Büdinger. (Wiener klin. Wochenschr., 1900, No. 26.) Die blutige Knochennaht gilt gegenwärtig bei den Fracturen der Patella und des Olecranon als das Normalverfahren, welches der Chirurg in jedem derartigen Falle in erster Linie in Vorschlag bringen muß. In gleicher Weise verdient aber das operative Verfahren bei einigen anderen Verletzungen am Knochensystem zur dominirenden Methode zu werden, von der nur auf Grund besonderer Indicationen abgegangen werden sollte. Dazu gehören die acromialen Luxationen der Clavicula und einige Formen von

Fracturen der Nasenbeine, für welche viele Methoden der Reposition ersonnen, aber nur die blutigen erfolgreich sind.

Was die Luxatio clavículae acromialis betrifft, so geben so ziemlich alle Autoren die vollkommene Unzuverlässigkeit der Verbände zu, welche mindestens 4—6 Wochen liegen müßten, wenn damit der gewünschte Erfolg erzielt werden soll. Erfüllt aber der Verband die an ihn gestellten Anforderungen, indem er wirklich fest genug einerseits gegen die Clavicula, andererseits gegen das Ellbogengelenk drückt, so sind Gangrän, Decubitus u. dgl. die unvermeidlichen Folgen.

Es sind verschiedene Versuche gemacht worden, die Clavicula auf operativem Wege an Ort und Stelle zu halten, die bisherigen sind nicht ganz befriedigend ausgefallen. In einem in vorliegender Arbeit beschriebenen Falle hat B. nun ein Verfahren gewählt, welches bisher noch nicht angewendet worden ist und von dem es scheint, daß es recht geeignet wäre, als Normalverfahren bei der Behandlung der Luxatio claviculae acromialis aufgenommen zu werden, da es einfach und leicht ausführbar ist und den Vortheil hat, daß keine Metallnähte zurückgelassen zu werden brauchen. Das Wesentliche besteht darin, daß vom äußeren Ende des Acromion ein längerer Drillbohrerstift durch dieses und weiter eine Strecke weit in die Clavicula der Längsachse derselben entsprechend eingebracht wird. Der Stift bleibt eine Zeit lang, ca. 14 Tage, liegen, garantirt unterdessen die solideste Fixation und kann nachher leicht entfernt werden. Gerade durch den Reiz des Fremdkörpers geht die definitive Befestigung schneller vor sich.

Was die Fracturen der Nase betrifft, so braucht man zu der Manipulation bei der Reposition der Fragmente niemals etwas anderes, als die flache Korn- oder Polypenzange und event. eine Sonde, zur Stütze lange Jodoformgazestreifen, die bis weit nach hinten eingeführt werden und sich der Form der Nasenhöhle auf das Genaueste anpassen. Damit gelingt es wohl ohne Ausnahme, die typischen Querbrüche im unteren Drittel der Nasenbeine auszugleichen und zu tadelloser Heilung zu bringen Kommt man mit den Digital- und Instrumentalversuchen nicht aus, so räth Bergmann, sofort zur Bloßlegung der Bruchstelle überzugehen und die Reposition auf blutigem Wege vorzunehmen. Die Indication zur blutigen, d. h. operativen Reposition ist unzweifelhaft bei sämmtlichen gegeben, bei welchen anderweitige Versuche gescheitert sind; im Speziellen läßt sie sich aber noch für eine ziemlich typische Form der Nasenbrüche genauer formuliren.

Während für das untere Drittel der Nasenbeine die reine Quer-Fractur typisch ist, tritt bei den Brüchen, welche

mehr frontalwärts in den Nasenbeinen zu Stande kommen, ihre Combination mit Längsbrüchen immer mehr und mehr in den Vordergrund. Da das Nasenbein von oben nach unten immer dünner wird, wobei sich der Durchschnitt im unteren Drittel sehr schnell verjüngt, so sind es natürlich die schwereren Insulte, bei denen die oberen Antheile des Knochens fracturiren. Außerdem ruhen die Nasenbeine mit mehr als ihrem oberen Drittel der Spina nasalis ossis front. auf; das Ende dieses Knochenfortsatzes kann man als den Punkt bezeichnen, bis zu welchem die Fractur bei den mittelschweren Fracturen geht, und erst sehr starke und besonders die direct einwirkenden Insulte führen auch zur Fractur der obersten Theile der Nasenknochen. In beiden Fällen verlaufen die Längsbrüche entweder in Form von Diastasen in den Nähten zwischen Oberkieferfortsatz und Nasenbeinen einerseits, zwischen den beiden Nasenbeinen andererseits, wo man dann mit Longuet von einer Luxation sprechen kann, oder die Sprünge gehen durch den Knochen.

Bei allen Brüchen dieser Art kommt es zu einer Verschiebung der Fragmente in seitlicher Richtung, und zwar am häufigsten nach außen, d. h. lateral und mit Einwärtsdrehung, so daß sich das Fragment unter dem Oberkieferfortsatz verkeilt. Die Verschiebung ist am unteren Ende am stärksten, dafür kann aber, wie es in einem der Fälle von Büdinger zutrat, die Verkeilung des oberen Stückes eine so starke sein, daß es sich nur schwer auslösen läßt.

Diese combinirten Längs- und Querfracturen der Nasenbeine, welche bis über das Niveau der Spina nas. oss. front. hinaufreichend, mit seitlicher Dislocation einhergehen, sind es nun, für welche B. unbedingt die operative Reposition in Anspruch nimmt. In diesen Fällen richtet man nach B. auf anderem Wege nichts aus, es sollten sogar alle Repositionsversuche besser unterbleiben.

Von Manipulationen mit der Kornzange ist ohnehin nichts zu erwarten und mit der Sonde wird man höchstens die Schleimhautverletzungen größer machen und damit den Knochen von innen her entblössen. Schreitet man von Anfang an zur Operation, so ist der Erfolg ein sicherer und man vermeidet die Gefahren, denen man den Patienten durch langes Herumstöbern in der Nase aussetzt. Der Schnitt muß genau in der Mittellinie geführt werden, und zwar der ganzen Länge der Fractur entsprechend bis auf den Knochen. Es gelingt dann leicht, mit feinen Hakenpincetten, kleinen Raspatorien, die Fragmente zu fassen und sie zu reponiren, während die geknickte Nasenscheidewand entweder von vorne her oder von oben und unten zu gleicher Zeit aufgerichtet wird.

Beitrag zur Lehre von der ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule. Von Dr. A. Kühn in Rostock. Von der chronischen ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule sind in neuerer Zeit zwei Haupttypen besonders unterschieden worden, die Bechterew'sche Form und die Form von Strümpell und P. Marie. Die Bechterew'sche Form stellt eine chronische fortschreitende Ankylose der Wirbelsäule, meist unter Miterkrankung der Schultergelenke, dar, mit chronischer Entzündung des epiduralen Bindegewebes und den verschiedensten nervösen Reizungserscheinungen der Hals- und Rückennerven sowie mit consecutiven neurotrophischen Störungen. Die Strümpell-Marie'sche Form ist durch die fast nie fehlende Miterkrankung der Hüftegelenke, durch Freibleiben der kleineren Gelenke und durch das Fehlen jeder größeren nervösen Störung ausgezeichnet. K. hebt indessen hervor, daß die meisten in der Literatur beschriebenen Fälle nicht rein sind, sondern meist Uebergangsformen zwischen der Bechterew'schen und der Strümpell'schen Form darstellen, oder sie sind mit Erkrankungen anderer Gelenke combinirt, so daß sie als besondere und seltene Formen einer allgemeinen deformirenden Arthritis angesprochen werden können. Er beschreibt nun eingehender einen Fall von Ankylose der Wirbelsäule, welcher zur Zeit in der medizinischen Universitätsklinik zu Rostock in Behandlung ist. Dieser Fall ist vor allem dadurch bemerkenswerth, daß er ein 12jähriges Mädchen betrifft, bei welchem die ersten Symptome sich im 8. Lebensjahre bemerkbar machten, während alle bisher zur Beobachtung gelangten Fälle Patienten im Alter von 23 bis 52 Jahren betrafen. Das Leiden entstand hier im Anschlusse an häufige Durchnässungen und Erkältungen, indem das Kind oft durch Schnee auf dem weiten Weg zur Schule waten mußte. Ueberdies litten beide Eltern häufig an Rheumatismus, es bestand also eine gewisse hereditäre rheumatische Anlage. Uebrigens zeigt bei dem Kind das Leiden einige Abweichungen vom typischen Bild, erstens insofern, als die kleineren Fingergelenke zwar noch beweglich und gebrauchsfähig sind, aber doch durch deutliche Schwellungen eine deformirende Entzündung erkennen lassen. Die Wirbelsäule war ferner nicht wie in den meisten beschriebenen Fällen bogenförmig nach vorne gekrümmt, sondern mit ihren oberen Gelenken in rechter Beugestellung fixirt. Außerdem ist an dem Fall die Schiefhaltung des Kopfes (nach rechts) bemerkenswerth. Die Hüftgelenksankylose ist bei der Patientin beiderseits sehr stark; endlich besteht beiderseits ausgesprochenes Genu valgum; die Bewegung in den Ellenbogengelenken war beiderseits etwas beschränkt. K. sieht auch in seinem Fall eine besondere Form der deformierenden Arthritis.

die sich klinisch durch Erkrankung der Wirbelsäule bei Freibleiben der mittleren und kleineren Gelenke documentirt und in der Bildung von Knochenspangen und Brücken, in Verknöcherung von Bändern und Sehnen ihren Ausdruck findet. — (Münchener med. Wochenschr., 1900, No. 39.)

Zur Bubobehandlung. Von Stabsarzt Dr. Krulle. (Berlin. klin. Wschr. No. 46, 1900). Bei eben beginnender Drüsenschwellung muß unser Bestreben darauf gerichtet sein, die Zunahme der Entzündung und die Vereiterung möglichst zu verhüten. Empfehlenswerth ist die Anwendung feuchter Umschläge und komprimirender Verbände neben Bettruhe. In einer Reihe von Fällen führt diese Behandlung zum Ziele. Nimmt die Entzündung jedoch zu, zeigt sich auf der Höhe Fluctuation, so ist Resorption ausgeschlossen. Dann können wir nur entweder durch Exstirpation der entzündeten Drüsen den Krankheitsherd auf einmal entfernen oder die Vereiterung und Entleerung des Eiters möglichst beschleunigen und dann die Schließung der Abscesshöhle durch geeignete Maßnahmen möglichst schnell bewirken. Während man nun früher die Bubonen ganz analog wie andere Abscesse mit breiten Incisionen und ausgiebigen Exstirpationen und Auskratzungen angriff, haben die Erfahrungen der letzten Jahre mit Sicherheit ergeben, daß dieses für die Mehrzahl der Fälle überflüssig und oft von dauerndem Schaden für den Patienten ist. So hat man die Beobachtung gemacht, daß nach solchen radikalen Ausräumungen der Lymphdrüsen leicht ein dauerndes Oedem resp. Elephantiasis in dem zugehörigen Bezirk sich entwickelt. Ferner ist man von jeher bestrebt gewesen, aus äußeren Gründen die Behandlung der venerischen Krankheiten so zu gestalten, daß der Patient möglichst in seinem Beruf nicht gestört wird und möglichst wenig sichtbare Folgen seines Leidens davonträgt. In der neuesten Zeit hat nun Lang ein Verfahren angegeben, welches diesen Forderungen gerecht wird. Er verzichtet auf eine chirurgische Behandlung vor vollkommener Vereiterung der Bubonen. Es wird im Gegentheil durch feuchtwarme Umschläge versucht, den Bubo möglichst schnell zur vollkommener Vereiterung zu bringen. Ist dieses geschehen, so setzt die Behandlung ein. Mit dem Aethylchloridspray wird eine ca. 4—5 mm lange Hautstrecke auf der Höhe des Abscesses zum Erfrieren gebracht, hier mit dem Skalpell eine 3—4 mm lange Incision gemacht und nun in vorsichtiger Weise aller Eiter exprimirt. Darauf wird nach Ausspritzen der Höhle mit destillirtem Wasser mit einer Pravaz'schen Spritze ohne Kanüle ein bis zwei Kubikcentimenter einer einprocentigen Höllensteinlösung in die Höhle injicirt. Nachdem man dieselbe einige Zeit verschlossen gehalten hat, wird ein asepti-

ſcher trockener Verband angelegt. Sind mehrere miteinander nicht kommunicirende Drüsenabscesse vorhanden, so wird jeder für sich in gleicher Weise behandelt. Jeden Tag, alle 2—3 Tage, später noch seltener, wird der Verband gewechselt, das angesammelte Sekret aus der Incisionsöffnung herausgedrückt und eventl. Höllensteinlösung injicirt, bis die Sekretion serös wird. Der Zweck der Injektion ist, die Nekrotisirung und Abstoßung der erkrankten Drüsenreste zu beſchleunigen. In manchen hartnäckigen Fällen, in denen sich hier und da ein neuer Absceß etablirt, braucht man die Geduld nicht zu verlieren. Man kann mitunter noch nach monatelanger Behandlung in solchen Fällen die Genugthuung haben, daß man den Patienten ohne wesentliche Berufsstörung, ohne größere Operation und mit kaum sichtbaren Narben geheilt hat. Es giebt bei diesem Vorgehen nur wenige Fälle, bei denen man ſchließlich doch gezwungen ist, weil eben größere Drüsentumoren bleiben, welche der Behandlung trotzen, den ganzen Herd breit zu spalten und auszuräumen. Anders gestaltet sich die Behandlung, wenn der Bubo spontan aufgebrochen ist und ein oder mehrere fistulöse, spärlichen Eiter secernirende Geſchwüre bestehen, obwohl zuweilen auch hier noch die Injektionen versucht werden können. In der Regel ist es hier nöthig, die Fisteln zu spalten, die freiliegenden eiternden Flächen mit dem ſcharfen Löffel gründlich auszukratzen eventuell auszuräumen und dann mit Jodoform zu behandeln. Das letztere Mittel entfaltet bei den ſchankrösen Bubonen eine großartige Wirkung, besonders in der Anwendung als 10proc. Jodoformäther, da in dieser Form das Jodoform in alle Niſchen und Krypten des Geſchwüres nach Verdunstung des Aethers gelangt. Unter dieser Behandlung ſchwindet sehr bald der diphtheriſche Belag, das Ulcus zeigt bald gute Granulationen und heilt in verhältnißmäßig kurzer Zeit ab.

Ueber Kopfschmerzen bei Sehstörungen. Von W. A. Brailey (London). In der großen Mehrzahl der Fälle von Kopfschmerzen läßt sich ein Zusammenhang mit Sehstörungen nicht nachweisen; dort, wo ein solcher besteht, handelt es sich um Referactionsanomalien oder Störungen, die sich auf den äußeren Muskelapparat des Auges beziehen. Solche Störungen produciren oft, aber durchaus nicht immer Kopfschmerzen. Am wichtigsten sind hier die Störungen der äußeren Augenmuskeln, weil sie stets auf pathologische Veränderungen im Nervensystem zurückgeführt werden können. Auch plötzlich eintretende Unregelmäßigkeiten in der Lichtvertheilung, z. B. Flackern, können das Auftreten von Kopfſchmerzen veranlassen. Es ist zwischen äußeren und inneren Augenmuskeln zu unterscheiden. Störungen der

Pupillenreaction kommen weniger in Betracht, dagegen handelt es sich in den meisten Fällen von durch optische Störungen bedingtem Kopfschmerz um Anomalien der Accommodation. Je größer die Störung der Accommodation, desto geringer sind die Kopfschmerzen, weil die Pat. in solchen Fällen eben auf jede Anstrengung der Accommodation verzichten. Uncorrigirte Presbyopie ist — abgesehen von der Initialperiode — selten Ursache von Kopfschmerzen, das Gleiche gilt für die Hypermetropie und den hypermetropischen Astigmatismus. Bei Amiometropie kommt es dann meist zum Auftreten von Kopfschmerzen, wenn das eine Auge beim Sehact nicht verwendet wird. Auch Myopie und myopischer Astigmatismus stehen mit dem Auftreten von Kopfschmerz in keinem inneren Zusammenhang. Sehr heftige Kopfschmerzen beobachtet man dagegen bei schwacher Hypermetropie und hypermetropischem Astigmatismus, welcher mit extremer Anstrengung der Accommodation einhergeht, wo es zum wahren Accommodationskrampf kommt. Besonders häufig werden intensive Kopfschmerzen bei jener Form des Astigmatismus beobachtet, wo gleichzeitige Asymtrie der Augenachsen besteht. Der Schmerz wird zunächst in den Augen, dann in den Augenbrauen, den Schläfen, bezw. Hinterhaupt empfunden, auch Kopfschmerzen von hemicranischem Typus kommen in solchen Fällen vor. Die Behandlung besteht in Correctur des optischen Fehlers durch Gläser. Störungen der äußeren Augenmuskeln können auch Kopfschmerzen verursachen, aber nicht so häufig wie Accommodationsstörungen. Bei Anomalien der äußeren Augenmuskeln findet man häufiger Hemicranie, Schwindel, allgemeines Unbehagen. Auch hier sieht man, daß, je größer die Störung, desto geringer die Kopfschmerzen, weil eben dann ein Auge vom Sehact ganz ausgeschaltet wird. Besonders intensive Kopfschmerzen beobachtet man dort, wo die Tendenz zum binocularen Sehen individuell besonders ausgeprägt ist. Als wesentliche Factoren für das Auftreten von Kopfschmerzen kommen in Betracht: Alter — da optische Störungen in der Zeit vom 10.—45. Lebensjahre am häufigsten auftreten —, Geschlecht, nachweisbar größere Disposition des weiblichen Geschlechtes, und Nationalität, da es scheint, daß besonders die anglo-amerikanische Rasse für Kopfschmerz im Gefolge von Sehstörungen besonders disponirt ist. — (Wien. med. Presse.)

Ueber Kalk-Verletzungen des Auges. Von H. Schmidt-Rimpler, Professor in Göttingen. (Berl. klin. Wochenschr., 1900, No. 36.)*) S. berichtet über seine in den letzten 10 Jahren an 56 Fällen von Kalkverletzungen ge-

*) cfr. No. 7 d. Ztschrft.

machten Erfahrungen. Um eine möglichst schnelle Entfernung und Unschädlichmachung der Materia peccans — und darauf kommt es vorzugsweise an — zu erreichen, empfiehlt er: 1) Sofortiges Oeffnen der meist zuerst krampfhaft geschlossenen Augen und mechanische Entfernung der sichtbaren Kalkpartikel, besonders sorgfältig und schnell von der Hornhaut und dem Augapfel. Die Entfernung geschieht am besten mit einem in Oel getauchten Stück reiner Leinwand, mit Mull, Watte etc. Sollte kein Oel gleich zur Hand sein, so soll das Auswischen auch mit trockener Leinwand oder Aehnlichem versucht werden. Schnelle Entfernung ist die Hauptsache; ob dabei etwas Epithel abgeschilfert wird, hat weniger Bedeutung. Der Arzt wird sich event. des Elevateurs bedienen; vor allem aber genau und ausgiebig die Lider ectropioniren. Besonders unter dem oberen Lide halten sich gern Kalkreste. Gegen die Schmerzhaftigkeit des Ectropionirens nützen Holocain-Einträufelungen etwas. Nicht selten benöthigt man zur Herausnahme Instrumente (Daviel'scher Löffel, Pincette u. s. w.) 2) Reichliches Durch- und Ausspülen des Auges mit Oel (Süßmandelöl, Provenceröl) mittels einer Spritze (etwa 100 g haltend, Oeffnung des Ansatzstückes etwa 2 mm im Durchmesser). Letztere wird im äußeren Augenwinkel angesetzt und ihr Strahl erst horizontal über den Augapfel, dann mit größerer Kraft unter das obere Augenlid und schließlich in den Bindehautsack des unteren Lides geleitet. Wenn kein Oel zur Hand ist, kann Wasser genommen werden. Alle diese Manipulationen sind, falls kein Arzt zur Stelle, sofort auf dem Unglücksplatze von Laien vorzunehmen, um so schnell als möglich den Kalk zu entfernen. Selbstverständlich ist alsdann der Kranke dem Arzte zuzuführen, der nun genaue Nach-Inspectionen nach etwaigen Kalkresten vorzunehmen hat. Oeleinträufelungen, kalte Wasser- oder Borsäureumschläge gegen heftigere Schmerzen Holocain-Einträufelungen würden die nächsten therapeutischen Maßnahmen bilden. Später wird man zur Abstoßung des verätzten Gewebes und Beförderung der Regeneration bald die feuchte Wärme anwenden. —

Ein nicht geringer Theil der Kalk-Verätzungen könnte bei größerer Vorsicht vermieden werden. So fliegt häufig beim Putzen der Wände und Decken dem Arbeiter Mörtel in die Augen, da letzterer mit Gewalt gegen die Fläche geworfen wird und dann theilweise zurückspritzt. Besondere Gefahr ist vorhanden, wenn, wie beim Putzen der Decken, die Augen nach oben gerichtet sind. Hier sollten immer Schutzdrathbrillen getragen werden, da das Gitter den Kalkbrei zertheilt. Ebenso sind beim Löschen des Kalkes Schutzbrillen zu benutzen, um die Augen gegen das Herumspritzen

der heißen Massen zu schützen; speciell sollten die Arbeiter darauf aufmerksam gemacht werden, daß in den Fällen, wo auf Kalkgruben sich eine feste Decke gebildet hat, die eingestoßen werden muß, nicht selten ein explosionsartiges Hervorschießen der dünnen Massen erfolgen kann.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ein Beitrag zur Klärung der Frage nach der Entstehung der Stirnlagen. Von R. Glitsch. (Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, Bd. 12, Heft 2.*) Im allgemeinen sieht man die Stirnlagen als Uebergangslagen von der normalen Hinterhaupts- zur Gesichtslage an. So sehen wir daher in den Lehrbüchern älteren und jüngeren Datums das Capitel der Stirn- und Gesichtslagen meist gemeinschaftlich abgehandelt, in der Voraussetzung, daß die Stirnlage im engeren Sinne, das heißt die perisistirende Stirnlage gewissermaßen auf halbem Wege stehen geblieben ist. Bei der Beurtheilung derartiger Fälle kann es sich nach Küstner nur darum handeln, zu eruiren, was für Momente den Kopf in der Stirnhaltung während des ganzen Geburtsverlaufs fixiren, das Tiefertreten des Kinns und Gesichts verhindern. Mit Uebergehung aller über diesen Gegenstand aufgestellten Hypothesen hebt Glitsch nur diejenige von Schatz auf der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte geäußerte hervor, welche lautet: „Die meisten stabilen Stirnlagen entstehen durch einen Rückzug am Kindskopf mittels des Halses des Kindes. Zumeist entsteht dieser Rückzug durch Krampf des Isthmus uteri, des inneren Muttermundes. Ohne die Lehre von diesem Krampf ist die Lehre von den Stirnlagen überhaupt nicht zu verstehen.“ Da Glitsch in letzter Zeit ein Fall von Stirnlage vorgekommen ist, der in Bezug auf Entstehung derselben interessante Aufklärung zu geben geeignet ist, so theilt er diesen ausführlich mit. Die 40jährige III para kommt am 27. Nov. 1899 mit der Angabe, sie habe seit gestern früh Wehen, das Fruchtwasser sei seit früh abgegangen. Aeußerer Befund: Mittelgroße Person mit starkem Hängebauch, Abdomen stark gespannt. Herztöne rechts unten deutlich zu hören. Innerer Befund: Der ödematös geschwellte Muttermund ist schwach handtellergroß. Man fühlt durch eine Kopfgeschwulst hindurch einen Theil, der sich als Stirn erweist, nach links hinüber gelangt man an die Nasenwurzel. Kopf fast unbeweglich im Beckeneingang. Beckenmasse: Spinae: 25, Cristae: 29, Trochanteres: 32, Conjug. ext.: 20, Diagonalis: 11, Vera:

*) conf. No. 10 d. Zeitschrift.

auf 9,25. Beim Eingehen mit der Hand behufs Wendung ergiebt sich der Kopf, dessen tiefsten Punkt die Stirn bildet, im Beckeneingang noch etwas beweglich. Beim Höhergehen der Hand zwischen Kopf und vorderer Gebärmutterwand stellt sich ersterer ein Widerstand entgegen, hinten in der Gegend des kindlichen Halses fühlt man deutlich den Retractionsring und an dieser Stelle biegt der Uterus spitzwinklig nach vorn um. Da eine Wendung unter diesen Verhältnissen ausgeschlossen erscheint, so wird versucht, die fehlerhafte Haltung des Kopfes manuell zu corrigiren, es gelingt, den Kopf hochzuschieben und das Hinterhaupt als tiefsten Punkt einzustellen, worauf der enorm große Kopf nach ca. sechs kräftigen Tractionen mittels Zange im Beckenausgang ankommt. Die Extraction erfolgt im ganzen in 20 Minuten. Kind kommt asphyctisch, aber lebend mit linksseitiger Facialislähmung zur Welt. Cervixrisse werden genäht und tamponirt. Vom 31. ab ist Wöchnerin fieberfrei und wird am 16. Dezember entlassen. Ueberlegt man, was den Kopf in Stirnlagehaltung festzuhalten, bezw. den Uebergang in eine Gesichtslage zu hindern vermag, so muß man den Wegfall der Factoren, die das sonst zu thun pflegen, anführen. Dies ist der Druck von oben. Eine der Hauptursachen für das Tiefertreten des Vorderhauptes im Beckeneingang ist die Verkürzung des geraden Durchmessers, dieses Tiefertreten des Vorderhauptes kann soweit gehen, daß schließlich die Stirn den tiefsten Punkt bildet, dabei ist die Haltung des Kopfes, die möglichst gestreckte, eine sehr labile. Trifft nun der Kopf auf eine Unterlage und gleichzeitig von oben ein wenn auch noch so geringer Druck, so wird dieser den Kopf nach der einen oder anderen Seite um seine Querachse drehen. Bei einem normal weiten Becken kann aus einer vorübergehenden Stirnlage immer noch eine reguläre Hinterhauptslage entstehen, während, wenn das Becken im geraden verkürzt ist, der biparietale Durchmesser des Kindsschädels einen Widerstand findet. Die Folge ist, daß der Druck von oben ausschließlich aufs Vorderhaupt einwirkt, so daß sich schließlich eine Gesichtslage ausbildet. Zur Entstehung einer Gesichtslage ist also nothwendig 1. primärer Tiefstand des Vorderhauptes aus irgend einem Grunde (meist plattes Becken), 2. ein Druck von oben. Unter gewöhnlichen Verhältnissen wird letzterer von den austreibenden Kräften geleistet. Es ist verständlich, daß, wenn dieselben mangelhaft functioniren, oder die Kraftrichtung eine abnorme ist, der Kopf in seiner Uebergangshaltung stehen bleiben muß. Verhältnisse, welche die physiologische Druckrichtung verändern müssen, entstehen, wenn der Fundus uteri in starker Anteflexion vorn festgehalten wird (durch Hängebauch oder verkürzte Ligg. rotunda), während gleich-

zeitig die Cervix an normaler Stelle fixirt ist. Die daraus nothwendig folgende Knickung des Uterus wird an der an Consistenz geringsten Stelle des Uterus entstehen, das ist die unterhalb des Contractionsringes befindliche Partie. So wird der Uterus getheilt 1. in einen stark ausgedehnten, physiologisch unwirksamen unteren und 2. in einen ausschließlich actionsfähigen oberen Abschnitt.

Was also im vorliegenden Falle die directe Ursache gewesen ist für das Stehenbleiben der Stirnlagehaltung, das ist der Zug von oben und die dadurch bewirkte Streckung der Frucht. Dadurch, dass um den Hals des Kindes sich eine Einschnürung gebildet hatte, war der kindliche Rumpf an den Schultern festgehalten und bei jeder Contraction wirkte die Einschnürung analog einer Glisson'schen Schlinge. Nur hält G. die Einschnürung nicht für einen Krampf des inneren Muttermundes (Schatz) — dieses kann ja nur eintreten, wenn letzterer noch deutlich vorhanden ist — im übrigen ist G. mit Schatz der Ansicht, daß der Rückzug am kindlichen Kopf wesentlich ist für die Stabilität der Stirnhaltung. Thatsächlich konnte er mit der eingeführten Hand ganz deutlich fühlen, daß während der Wehe der vorliegende Kopf zurückwich. Die Einschnürung allein könnte nach G. solche Verhältnisse nicht hervorbringen, dazu gehört noch eine Divergenz der während der Wehen auftretenden Kräfte, wie sie hervorgerufen werden durch eine pathologische Anteflexion des gradiven Uterus infolge abnormer Verkürzung der Ligamenta rotunda. In unserem Falle mag das so entstanden sein: Der nach vorn fallende Uterus verhindert die Ligamenta rotunda, während der Gravidität in die Länge zu wachsen und die verkürzte Ligamenta verhindern ihrerseits das Emporsteigen des Uterus. Infolge dieser anatomischen Verhältnisse und der durch sie hervorgerufenen eigenartigen Wirkung der austreibenden Kräfte kann nach dem Gesagten die Geburt nicht weitergehen. In den Verhältnissen des obigen Falles lag auch ein deutlicher Fingerzeig für das geburtshilfliche Eingreifen.

1. Mußte die pathologische Knickung des Geburtscanals beseitigt und dadurch die bestehende Divergenz der austreibenden Kräfte ausgeglichen werden; 2. mußte man versuchen, die fehlerhafte Haltung des Kopfes zu corrigiren und 3. war es geboten, besonders in Anbetracht des engen Beckens, den fehlenden Druck von oben durch einen Zug von unten mittelst der Zange zu ersetzen.

Die erste Indication wurde erfüllt durch Hinaufdrängen des Fundus uteri nach oben und hinten. Dann war es leicht, den Kopf, der im Beckeneingang noch etwas beweglich war, zu fassen und das Hinterhaupt in den Beckeneingang zu stellen. Es war im vorliegenden Falle der Durchtritt

des Kopfes wegen des starken Missverhältnisses zwischen diesem und dem Becken erschwert. Die Circumferentia mento-occipitalis betrug unter anderem 43 Centimeter. Bestätigt die weitere Erfahrung, daß der Rückzug von oben Schuld ist am Persistiren der Stirnlage, so wäre zunächst festzustellen, wodurch dieser Rückzug bedingt ist und die weiteren Massnahmen darnach einzurichten. Es ist demnach in allen Fällen persistirender Stirnlage von Interesse, nachzuforschen:

1. Ob jedesmal der Rückzug von oben die hauptsächliche Ursache für die Ausbildung der Anomalie (wie oben) gewesen ist;

2. wodurch event. dieser Rückzug hervorgerufen worden ist.

Es würde G. freuen, letzterem Punkte, der noch genauerer Aufklärung bedarf, durch seine Mittheilung nähergetreten zu sein.

Zur Behandlung von wunden Warzen und Mastitiden im Wochenbett. Ebenso häufig wie qualvoll sind wunde Warzen im Puerperium. Eine Blutsuffusion oder Bläschenbildung auf der Warzenoberfläche oder ein bogenförmiger Riß an deren Basis leitet den Proceß ein. Die Mutter achtet es nicht, läßt das Kind weiter saugen; aus der Suffusion, dem Bläschen wird eine Erosion, welche dann in die Tiefe greifen und sich in ein Geschwür verwandeln kann, aus dem ursprünglich seichten Epidermisriß eine mondförmige oder circuläre Rhagade an der Basis der Warze. Mangelhaft entwickelte, wenig vorragende, schlecht faßbare Warzen, zarte Haut derselben, sowie Milchmangel begünstigen das Entstehen dieser Wochenbettstörung, deren Häufigkeit fast 40—50% aller stillenden Frauen beträgt. In 95% dieser Fälle zeigen sich die wunden Warzen in der ersten Woche und zwar meist am 3. und 4. Tage. In der Prager Hebammenschule wurden bei den in der Anstalt internirten Schwangeren die Warzen prophylaktisch täglich mit warmem Wasser und Seife gewaschen, schlecht vorragende mit Milchpumpe vorgezogen und abwechselnd einen Tag mit 60% Alkohol und den anderen mit Glycerin bestrichen. Während des Stillens werden die Warzen täglich zweimal mit warmem Seifenwasser und 60% Alkohol desinficirt. Bestehen Excoriationen oder Rhagaden, dann sind die Warzen überdies immerwährend mit einem Umschlag von 3% Borwasser bedeckt, welcher durch ein übergreifendes Stück Guttaperchapapier warm gehalten und an der Brusthaut fixirt wird. Dieser hält die wunden Warzen rein, verhindert das Entstehen von Borken und Krusten auf den-

selben, tödtet eventuell an die Wunde gelangte Eiterkokken zum Theil ab, zum anderen verringert er ihre Virulenz; die Wunden bleiben rein und feucht, die Ränder blaß, nicht infiltrirt, nicht entzündet, die Schmerzen nehmen an Intensität ab, das Stillen kann fortgesetzt werden. Auch bei ausgedehnteren und tieferen Wunden wird die Brust nur durch einfache Gummihütchen geschützt dem Kinde gereicht; bei Milchmangel wird zugefüttert Die Mehrzahl der wunden Warzen heilte bei diesem Verfahren innerhalb einer Woche vollständig aus; dabei ist bemerkenswerth, daß, je früher die Warzen wund wurden, sie um desto längere Zeit zur Heilung brauchten. An die wunde Warze setzen sich Eiterkokken, namentlich Staphylococus pyogenes albus, auch der aureus an, dringen von hier durch die Milchgänge oder die Lymphbahnen in die Brust und erzeugen dort Mastitis. Dank seiner Prophylaxe und Therapie der wunden Warzen weist Rubeska's Anstalt eine ganz geringe Anzahl von Mastitiden auf. Gegen beginnende Mastitis wird energische Desinfection der Warze, Application von 0.5% Sublimatumschlägen für 2 Stunden auf dieselbe, Eisblasen auf die Brust und Aspiration der ersten Milch aus den Milchgängen mit der Luftpumpe in Anwendung gebracht. Setzt die Mastitis mit Schüttelfrost, hohem Fieber, sehr schmerzhafter Infiltration ein, so wird in diese sofort eine parenchymatöse Injection von 2—3 Pravazspritzen einer 3%igen Carbollösung gemacht; bei weniger stürmischem Beginn wird erst dann injicirt, wenn am zweiten Tage die Schmerzhaftigkeit und das Fieber nicht zurückgehen. Diese Carbolinjectionen sollen die Vermehrung der Eiterkokken in den entzündeten Lappen beschränken und dem Organismus den Kampf gegen dieselben erleichtern. Schädliche Folgen der Carbolinjectionen wurden nie beobachtet, die Schmerzen bei der Application waren nicht groß und hörten sehr bald auf. — (Archiv für Gynäkologie, Band 58, Heft 1.)

Verschiedenes.

Ueber intratracheale Injectionen. Vor Jahren ist bereits gezeigt worden, dass medicamentöse Injectionen in die Trachea sehr gut vertragen werden und ohne die unangenehmen Erscheinungen hervorzurufen, die beim Verschlucken von Speisen oder Speichel auftreten. Diese von verschiedenen Autoren bereits empfohlenen und erprobten Injectionen sind neuerdings von Mendel wieder aufgenommen worden. Zu diesem Zwecke wendet er eine Spritze von 3 ccm an, welche einen schmalen 10 cm langen vorn gebogenen Ansatz trägt. Mit einer Hand fasst man die Zunge des Patienten, während man mit der anderen die Spritze einführt, indem man zwischen Zunge und Wange an den vorderen Gaumenbogen vorbeifährt und wenn die Canüle über die Trachealapertur

gelangt ist, wird ihre Spitze durch eine Drehbewegung der Canüle mit gleichzeitiger Hebung des Armes zwischen den Stimmbändern eingeführt. Nach einer andern Methode wird die Canüle direct eingeführt, wobei man aufpassen muss, daß man nirgends anstösst. Die Einführung geschieht ohne Mithülfe des Spiegels. Mit einiger Uebung gelingt es, die Injection zu machen ohne Verspritzen der Flüssigkeit auf die Umgebung der Larynxapertur.

In dieser Weise wurde früher Mentholöl injicirt. Mendel injicirt eine ganze Reihe von in Oel gelösten antiseptischen und balsamischen Substanzen: Oleum thymi, Ol. Eucalypti, Ol. cinnamomi, Bromoform, Jodoform, Guajacol u. s. w. Bei einfacher Bronchitis und Tracheitis wendet er folgende Formel an: Ol. Eucalypti 2,0—15,0, Ol. olivar. steril 100,0 ccm, 1—2 Spritzen täglich. Bei Tuberculose wendet er folgende Formel an: Ol. Thymi, Ol. Eucalypti, Ol. cinnamomi aa 5,0, Ol. oliv. steril. 100 ccm. Dieser Formel kann man noch Jodoform und Guajacol aa 5,0 hinzusetzen. Die tägliche Dose beträgt mindestens 4 Spritzen. Bei vorhandenem Fieber setzt Mendel Ol. Gaultheriae 5,0 hinzu.

Die Resultate dieser Methode beschreibt Mendel als sehr befriedigende. Auf diese Weise wird der Magen des Patienten geschont, und M. will bei manchem Phthisiker eine Hebung des Appetits beobachtet haben. Infolge von der Contactwirkung und der intensiveren Inhalation der medicamentösen Dämpfe löst sich der Auswurf leichter, der Husten nimmt ab, das Fieber verschwindet nicht selten, und häufig beobachtet man das Verschwinden der objectiven catarrhalischen Erscheinungen. In 44 in der Weise behandelten Fällen hatte Mendel 16 Mal vollständigen Erfolg, 19 Mal befriedigende Resultate und 9 Mal blieb die Behandlung wirkungslos. Die Procedur ist durchaus harmlos.

(Méd. mod. No. 65. Practitioner Nov. 1900).

Ein neues Kolapräparat zur Behandlung functioneller Nervenerkrankungen. In der Wien. klin. Rundschau No. 43, 1900 theilt Dr. Julius Flesch zunächst seine Erfahrungen und die Indicationen für die Anwendung der verschiedenen Tonica und Nervina mit und erörtert hierbei die glycerinphosphorsauren Verbindungen, Kola, Strychnin, Arsen und Eisen. Auf Grund dieser Erfahrungen ließ er nach seinen Angaben eine sehr werthvolle und wirksame Combination dieser genannten Mittel in der Fabrik G. Hell & Co. (Troppau) herstellen, mit welcher er im Laufe von 4 Monaten an der poliklinischen Abtheilung des Prof. Benedikt in Wien und in seiner Privatpraxis circa 100 Fälle von Neurosen der verschiedensten Form (Migräne, Angstzustände, Circulationsneurosen, Schwäche- und Erschöpfungszustände etc.) mit sehr guten Erfolgen behandelt hat. Die schweren hysterischen Zustände mit hallucinatorischen und maniakalischen Begleiterscheinungen blieben unbeeinflusst; Hämoptoë und hochgradigere Arteriosklerose geben Contraindication für die Anwendung des Syrups ab. Seine Zusammensetzung ist folgende: Chinini ferrocitrici 2.5, Strychnin nitric. 0.075, Extract Kolae fluid. 25.0, Natr. glycerinophosphor. 25.0, Solve leni calore in Syr. aurant. 200.0. DS. 3mal täglich 1 Kaffeelöffel nach der Mahlzeit. — Die Wirkung war in den von F. beobachteten Fällen durchwegs eine ausserordentlich prompte, indem der gewünschte Effect bereits in der 1.—2. Woche (nach Gebrauch von 2—3 Flaschen des Syrups à 250 g) eintrat. Er rühmt demzufolge den Syr. Kolae comp. Hell als ein sehr gutes Tonicum bei fugtionellen Erkrankungen des Nervensystems und empfiehlt ihn den Collegen behufs Nachprüfung.

Versuche über Wäschedesinfection. (Hygienische Rundschau, 1900, No. 11.) Das übliche Verfahren der Desinfection der Wäsche durch strömenden Wasserdampf hat doch einige schwerwiegende Nachtheile. Bei Berührung mit dem Eisen des Apparates und durch Condenswasser entstehen untilgbare Rostflecke, ferner gerinnt in stark mit Blut, Eiter, Kot beschmutzter Wäsche durch die Hitze das Eiweiß und wird schließlich ganz eingebrannt, so daß nur einmal gebrauchte Wäsche manchmal ganz unbrauchbar wird. Als bestes Verfahren zur Vermeidung genannter Uebelstände hat sich das Einlegen in kalte, 10fach verdünnte Cresolseifenlösung (Cresolwasser der Pharmakopoe) in genau angestellten Versuchen bewährt. Damit gelingt es innerhalb sechs Stunden vollkommen, sämmtliche Infectionswäsche zu desinficiren. Auch längeres Einlegen schadet der Wäsche nicht, Fettsubstanzen werden verseift und auf diese Weise eine bessere Entfernung der Flecken ermöglicht, nur Blutflecken verlangen mechanisches Reiben. Der Desinfection mit der Lösung folgt der gewöhnliche Waschprozeß. Dies Verfahren wird jetzt in sämmtlichen preußischen Militärlazaretten angewandt.

Auf die Wichtigkeit der **Lymphdrüsenschwellungen bei Scharlach** für die Differentialdiagnose, insbesondere von scarlatiniformen Erythemen macht Schumber aufmerksam. Aus einer Untersuchung von 100 Fällen ergab sich, daß die Inguinaldrüsen in 100 Proz, die Axillardrüsen in 96 Proz., die Maxillardrüsen in 95 Proz., die hinteren Cervikaldrüsen in 77 Proz., die vorderen in 44 Proz., die Submaxillardrüsen in 36 Proz., die Epitrochleardrüsen in 26 Proz., die Sublingualdrüsen in 25 Proz. geschwollen waren.

(Annals of. gyn. and. pediatr. 1899, No. 3.).

Der prakt. Arzt. — 42. Jahrgang — wird auch im nächsten Jahre in bisheriger Weise erscheinen.

Monatlich 1½ bis 2 Bogen. Preis 3 Mk.

Der Thierarzt. Herausgegeben von Prof. Dr. Anacker in Bingerbrück, wird, im nächsten Jahr seinen 40. Jahrgang beginnend, ebenfalls fortgesetzt.

Monatlich 1½ bis 2 Bogen. Preis 3 Mk.

Wetzlar, im Dezember 1900.

Schnitzler'sche Buchhandlung.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der prakt. Arzt.

Eine Monatsschrift

Herausgegeben

von

Sanitätsrath Dr. Wilhelm Herr,
praktischer Arzt

in

W e t z l a r.

Zweiundvierzigster Jahrgang.
1901.

Wetzlar.
Druck und Verlag der Schnitzler'schen Buchhandlung.
1901.

Inhalts-Verzeichniss.

Seite

A

Agaricus terminosus, Vergiftung durch denselben 216
Alcoholbehälter für medicinische Spritzen, tragbare aseptische 122
Alcoholumschläge b. Appendicitis 144
Altern des Herzens 225
Altersstar, Indicationen zur Operationen desselben 234
Anlaufen der Spiegel bei Untersuchungen im Nasen-Rachenraume, Mittel dagegen 116
Antirhachitische Therapie, gegenwärtiger Stand derselb. 165
Argentum colloidale (genannt „Collargolum") ein Specificum gegen Sepsis 252
Arzneimittel, über Combination; Originalartikel von Dr. Wieck in Schleswig 193
Augenblinzeln bei Kindern, Therapie desselben 191
Augenkrankheiten, Heilmittel bei der Behandlung 134
Augenkrankheiten, Heilmittel, neuere, bei der Behandlung 160

B

Bacterien bei Typhus und ihre praktische Bedeutung 25
Balggeschwülste, Behandlung derselben durch interstitielle Injection von Aether 13
Bauchpresse, zur medicamentösen Beeinflussung unter der Geburt 261
Bauchschüsse, Behandlung derselben 159
Blasenspülung, Technik ders. 263
Blei-, Phosphor-, Quecksilber-, Arsen- und Schwefelkohlenstoffvergiftung 145

C

Carbolsäure-Aetzungen und -Vergiftungen, Gegenmittel 264
Carcinom, neue Behandlungsmethode 277
Chinin und seine Ester 201
Cholera infantum, zur Therapie derselben 94
Colitis membranace; Originalartikel von Dr. Kittsteiner in Hanau 217

D

Defecte des Gaumens, chirurg. Behandlung derselben 85
Desinfection der schneidenden

Seite

chirurgiſchen Instrumente mit Seifenspiritus 232
Dysenteriebehandlung 229
Dyspepsien, arzneiliche Behandlung derselben 80

E

Einreibungskur, Wandlungen derselben 114
Eisenwässer, natürliche, Gehalt derselben an gelöstem Eisen 74
Eklampsie, Prophylaxe, Genese, Behandlung derselben 214
Elixirium Condurango peptonatum Immermann 80
Empyembehandlung 34
Entbindungen nervöser Frauen 236
Entfettungskuren, ärztliche Ueberwachung derselben 110
Erfrierungen, Behandlung derselben 86

F

Fettleibigkeit, Behandlung derselben mit Jodothyrin 216
Fingerverletzung, Behandlungen derselben mit besonderer Berücksichtigung der späteren Erwerbsfähigkeit 256
Formalin-Glycerin, Verwendung desselben 168
Formalinintoxication 23
Frakturen, über Behandlung komplicirter 58
Paralyse Frühdiagnose der Progressive mit specieller Rücksicht auf die Bedürfnisse des praktiſchen Arztes 6
Frühgeburt, künstliche, beim engen Becken 182
Furunculose, Behandlung mit Ichthyol 215

G

Gegenwärtiger Stand des Arztes, insbesondere vor dem Straf- u. Civilgesetz; Originalartikel von Dr. A. Kühner, Physikus a. D. (Coburg) 241
Gehirn, Erkrankung desselben nach Trauma 27
Gichtkranke, was sollen sie essen und trinken 248

Seite

H

Hängebauch und seine Folgezustände, Verhütung und Heilung desselben 141
Harnsaure Niederschläge im Urin, Beitrag zur Erklärung ders. 148
Heilwirkung großer Dosen von Olivenöl bei organiſchen und spastiſchen Stenosen des Pylorus und des Duodenums und deren Folgezuständen (Gastrektasie) 82
Heliotherapie 3
Hereditär-syphilitiſche Kinder, Schicksal derselben 68
Hernien, insbesondere deren Einklemmung u. Behandlung: Originalartikel von Dr. A. Kühner (Coburg) 169
Hernien, Radicaloperation kindl. 61
Heroin, Anwendung desselben bei Circulationsstörungen 251
Herpes bei Frauen und seine Beziehungen zur Menstruation 42
Herpes zoster, Behandlg. dess. 144
Herzmittel u. Vasomotorenmittel 105
Herz, zur Behandlung des insufficienten mit Stütz- und Compressionsapparaten 227
Hetol- (Zimmtsäure-) Behandl. der Tuberkulose, der gegenwärtige Stand derselben 109
Hofmeier'sche Frage 64
Hundswuth, Diagnose der 239

I

Ichthalbin 73
Ichthargan, ein neues Mittel gegen Gonorrhoea anterior acuta 71
Ileus, Behandlung desselben 10
Impression des vorangehenden Kopfes in Walcher'scher Hängelage 39
Irre in Freiheit 195

J

Jodosolvin; Originalartikel von Sanitätsrath Dr Remmetz zu Honnef a. Rh. 121
Jodosolvin 122

K

Kehlkopferkrankungen im Verlaufe des Diabetes (Laryngitis diabetica) 204

Seite

Kinderconvulsionen, Behandlung derselben 287
Knochenbrüche, schiefgeheilte, in gerichtlich-medizinischer Beziehung 128
Konservirung von Nahrungsmitteln durch Antiseptica 98
Krankenhäuser, kleinere, Vereinfachung und Verbilligung des aseptischen Materials und seine Gestaltung 206
Krebs, Infectiosität desselben 204
Kuhmilch, eine praktische Methode, dieselbe leichter verdaulich zu machen 47

L

Lichtherapie 153

M

Malariaexpedition, Ergebnisse der deutschen 53
Malum coxae senile als Berufskrankheit und in seinen Beziehungen zur socialen Gesetzgebung (Unfall- und Invaliditätsversicherungsgesetz 257
Mastdarm, Untersuchung desselben von aussen u. deren therapeutischen Verwendung 231
Mastitis, Prophylaxe derselben 239
Melli-Walcher'sche Lage 66
Mikroskopie des prakt. Arztes 268
Mineralwässer u Heilwässer 102
Morbus maculosus durch Gelatine-Behandlung geheilt; Originalartikel v. Dr. Kienninger in Illereichen 265
Muskelverknöcherungen, traumatische 83

N

Narkose, wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmässiges und ruhiges Athmen zu Beginn derselben 32
Nephrolithiasis, Symptome ders. 125
Nervensymptome, Simulation 276
Nervenerkrankungen, gonorrh. 28
Neurasthenie, Arzneibehandlung derselben 274
Neuritis puerperalis, Beitrag zur Kenntniss derselben 139
Nierenbeweglichkeit, Beiträge zur Frage der traumatischen 11

Seite

O

Opium-Bromcur nach Flechsig (Ziehen'sche Modification) 78
Otorrhoe 192

P

Parfümirtes Glycerin, Vergiftungserscheinungen infolge innerlichen Gebrauches 223
Patellarreflexprüfung, zur Technik derselben 24
Perforation und Extraction des kindlichen Schädels bei nachfolgendem Kopf und bei Abreißung des Rumpfes vom Schädel 119
Perforation des nachfolgenden Kopfes und Entwicklung desselben 280
Phimose, neue, Operationsmethode derselben 264
Phlegmone, Amputation bei ders. 254
Placenta, Entfernung derselben durch äußere Handgriffe 213
Plattfuß-Symptom 287
Pleuritis, Gesichtspunkte in der Pathologie und Therapie 177
Pravaz'sche Spritze, die Euthanasie derselben 56
Prissnitz'scher Umschlag, seine klinische und therapeutische Bedeutung 75
Pruritus senilis, Behandlung desselben 71
Puerperalfieber 282
Purgatin 288

Q

Querlage, ein Beitrag zur Therapie, verschleppter 259
Querlage und Wendung bei Erstgebärenden 117

R

Rhachitis, Aetiologie, Prophylaxe und Therapie derselben 17
Ricinusöl und andere schlecht schmeckende Substanzen bequem einzunehmen 266
Rückgratsverkrümmung, zur Diagnostik und Therapie der habituellen seitlichen, vom Standpunkt des prakt. Arztes 14

S

Salbenverbände zur Wundbehandlung 48

Seite

Saugflaschen, die Fehler derselben und ihre Vermeidbarkeit, ein Beitrag zur Säuglingsernährung 45
Schädeltraumen und ihre Folgen, operative Behandlung ders. 113
Schiefhals, Behandlung desselb. 60
Schlaffheit, partielle, der Collumwand während der Schwangerschaft und Geburt 89
Schutzimpfung u. Serumtherapie 49
Skrofulose, was haben wir unter derselben zu verstehen? 18
Sommerdurchfälle bei Kindern 186
Syphilis, neue Behandlungsweise 154. 180

T

Tachykardie bei Tuberculose u. ihre Bedeut. in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Beziehung 123
Tannoform-Behandlung d. Nachtschweisse der Phthisiker 151
Todesfälle, plötzliche, i. Kindesalter 164
Transsonanz, percussorische 202
Tripper beim Manne, moderne Behandlung des akuten 208
Tuberculose, Erblichkeit ders 147

Seite

Tumoren, Tuberculose u. andere Organerkrankungen, Entstehung nach Einwirkung stumpfer Gewalt 278

U

Urotropin, Einfluß auf die Darm-Fäulniß 200
Uterusmyome, über die Anzeige zur palliativen und radicalen Behandlung derselben 91

W

Wasserstoffsuperoxyd bei der Wundbehandlung, Dosirung desselben 162
Wismuthvergiftung 97
Wunderweib, geburtshilfliches 72

Y

Yohimbin (Spiegel) 1
Yohimbin-Spiegel, als Aphrodisiacum 224

Z

Zucker im Harne, Häufigkeit des Vorkommens 168
Zuckerkonsum, wachsender, seine Gefahren 197
Zuckerprobe 47

Der praktische Arzt.

Nro. 1 XXI. Jahrgang 25. Januar 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber Johimbin (Spiegel). Ueber Heliotherapie. — Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Zur Behandlung des Ileus. — Beiträge zur Frage der traumatischen Nierenbeweglichkeit. Die Behandlung von Balggeschwülsten durch interstitielle Injection von Aether. Zur Diagnostik und Therapie der seitlichen Rückgratsverkrümmung. — Aetiologie, Prophylaxe und Therapie der Rhachitis. Was haben wir unter Skrofulose zu verstehen. — Ein Fall von Formalinintoxication. Zur Technik der Patellarreflexprüfung.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber Johimbin (Spiegel). Von Prof. Dr. A. Loewy. Die Einwohner in Deutsch-Südwestafrika behaupten im Besitze eines Baumes zu sein, dessen Rinde, als Abkochung benutzt, ihre Potenz in erheblichem Grade zu steigern vermag, und die sie deshalb in ausgiebigem Maße benutzen. Der Baum heißt Yumbehoa oder Johimbehebaum und scheint zu den Rubiaceen zu gehören. Er wächst bei Malimba in der Nähe der See. Spiegel und fast gleichzeitig Thomas konnten aus ihm ein Alkaloid darstellen, das von Spiegel als Johimbin bezeichnet wurde. Neben ihm gewann Spiegel noch ein zweites, das er Johimbenin nannte. Während letzteres praktisch bisher nicht in Betracht kam, ist das Johimbin von Mendel in Anwendung gezogen worden, nachdem es von Oberwarth auf seine Wirksamkeit an Thieren geprüft worden war.

Loewy benutzte eine salzartige Verbindung des Johimbins, das Johimbinchlorhydrat, das die Formel $C_{23}\ H_{30}\ N_2\ O_3\ HCl$ hat. Es stellt farblose Krystalle dar, die schwer in kaltem, leichter in warmem Wasser sich lösen. Die Lösungen verlieren nach einigen Wochen an Wirksamkeit, es empfiehlt sich daher, stets nur geringe Lösungsmengen vorräthig zu halten. L. stellte sich solche von 1:500 Aqua dest. her, die er subcutan verwendete, u. zw. erhielten die Versuchsthiere — Kaninchen, Kater und Hunde — davon $2^1/_2$—5 cm^3 injicirt, d. h. 0,005—0,01 g der Substanz. Die Wirkung des Johimbins erstreckt sich zunächst auf das Allgemeinbefinden

der Thiere. In dieser Beziehung war eine kürzere oder längere Zeit, meist mehrere Stunden anhaltende erhöhte Lebhaftigkeit und Munterkeit der Thiere zu constatiren, am wenigsten ausgesprochen beim Kaninchen, sehr deutlich beim Kater, am stärksten beim Hunde. Drei bis fünf Minuten nach der Injection konnte man als locale Wirkungen eine, meist nur mäßige Hyperämie der Conjunctivalgefäße des Auges und Röthung der Ohren bemerken. Bei den Hunden trat dazu auch eine Röthung und Erwärmung der Schnauze. Die merkwürdigsten Veränderungen bot jedoch der Geschlechtsapparat dar. Auch hier waren die Wirkungen bei den benutzten drei Thierklassen verschieden. Sechs, acht, manchmal erst 10—15 Minuten nach der Injection begann ein — zumal bei den Kaninchen ganz auffallendes — Wachsen der Hoden und Nebenhoden. Sie begannen so anzuschwellen, daß sie aus dem Leistenkanal heraustraten, den Hodensack mehr und mehr bis zu praller Spannung desselben erfüllten und schließlich als zwei derbe Wülste von der Größe und annähernd der Form der sogenannten amerikanischen Nüsse beiderseits unterhalb des Penis lagen. Die Vergrößerung geht meist innerhalb einer halben bis zu wenigen Minuten vor sich, zuweilen momentan, und hält sich dann unter geringen Volumschwankungen mehr oder weniger lange Zeit, bis zu einer Stunde und darüber. Schwellung und zugleich Erhärtung der Geschlechtsdrüsen ist auch beim Kater und beim Hunde zu constatiren, wenn auch nicht in dem exorbitanten Maße wie beim Kaninchen. Parallel mit dieser Schwellung, aber gewöhnlich etwas später einsetzend, begann auch der Penis eine mehr oder weniger erhebliche Röthung zu zeigen. Beim Hunde war das Auftreten starker Erectionen nach voraufgegangener, allmälig steigender Schwellung und Erhärtung des Penis die Regel. Es handelt sich also um eine bei allen drei Thierklassen eintretende, wenn auch quantitativ verschiedene Hyperämie des Penis. Bei den bei Kaninchen wie Katern vier Wochen lang täglich wiederholten Injectionen konnte man dasselbe Bild beobachten. Nach Ablauf der Wirkung der Injectionen verhielten sich die Thiere ganz normal. Die mikroskopische Besichtigung der in Formolalkohol gehärteten Hoden ergab einen ganz normalen Befund. Die Versuche haben noch kein ganz eindeutiges Resultat in Bezug auf die Anregung der Spermatozoenbildung ergeben und sollen noch fortgesetzt werden.

Ganz ähnlich wie das Johimbin verhalten sich die Kanthariden. Jedoch haben die Kanthariden den bedenklichen Nachtheil, daß sie stark reizend auf die Nieren wirken und zu Entzündungen derselben mit Auftreten von Hämaturie und Albuminurie führen. Diese Nebenwirkungen hat das

Johimbin nicht. Das Johimbin ist demnach ein Mittel, das, in geeigneter Dosis angewendet, in unschädlicher Weise eine Hyperämie der Genitalorgane hervorzurufen vermag, und das beim Kater zu meist nur geringfügigen, beim Hunde zu starken Erectionen führt.

Daß das Johimbin auch beim Menschen erectionserregend wirkt, dafür scheinen die Resultate zu sprechen, die Mendel mitgetheilt hat, auch ein Versuch, den L. selbst an einem 49jährigen Herrn angestellt hat. Er erhielt innerlich 5 mg Johimbin (Spiegel) dreimal täglich und theilte mit, daß die Wirkung auf die Erection offenbar gewesen war. Er fügte hinzu, daß er als junger Mensch einmal Kanthariden genommen hätte, und daß die subjectiven Erscheinungen bei beiden ähnliche gewesen seien. Die Libido sexualis scheint nicht angeregt worden zu sein

Nach den Versuchen, die E. Mendel angestellt, zeigte sich bei Impotenz durch Tabes oder anderweitige organische Erkrankungen keine Beeinflussung dagegen deutlich erkennbarer Nutzen in einer Reihe von Fällen, wo Impotenz durch reizbare Schwäche oder paralytische Impotenz vorlag. Die Wirkung trat einmal fast unmittelbar ein, in anderen Fällen nach wochenlangem Gebrauch.

Die Verabreichung des Johimbins erfolgte bisher wesentlich in Form einer 1%igen Lösung des Chlorhydrates (Sol. Johimbini hydrochlor. Spiegel 1 : 100), von welcher 5—10 Tropfen dreimal täglich verordnet wurden. Das Chlorhydrat löst sich in kaltem Wasser nur sehr langsam; deshalb wird die Lösung in der Wärme hergestellt Da nach einer Angabe von L. die Wirksamkeit der Lösung bei längerem Stehen nachläßt, so dürften sich mehr noch die neuerdings von der chemischen Fabrik Güstrow unter der Bezeichnung „Dr. Spiegel's Johimbintabletten" hergestellten Tabletten empfehlen, von denen jede genau 0.005 g des Chlorhydrates, also die zehn Tropfen der oben erwähnten Lösung entsprechende Menge, enthält. — (Berl. klin. Wochenschr. No. 42, 1900; Therap. Monatsh. No. 11, 1900.)

Heliotherapie. Von Dr. E. Hellmer. (Centrlblt. f. d. ges. Th.) Das alte italienische Sprichwort „Dove non va il sole, va il medico" beweist, daß wenigstens im sonnigen Süden das Volk von der Heilkraft des Tagesgestirnes mächtig durchdrungen ist. Es wäre auch zu verwundern, wenn der auf Schritt und Tritt handgreiflich sich offenbarende Einfluß des Sonnenlichtes und der Sonnenwärme auf das thierische und pflanzliche Leben nicht auch zur Anwendung in der Heilkunde geführt hätte. Die ersten Nachrichten hierüber finden wir bei Galen und Avicenna, die die günstige Wirkung der Insolation bei allgemeinem Hy-

drops und Schwellungen der Gelenke rühmen. Später gerieth die Sache mehr in Vergessenheit und wurde erst in der Mitte unseres Jahrhunderts von einigen „Naturärzten“ wieder aufgenommen, die es mit unverkennbarem Instinct und Geschick verstanden, das im Volke schlummernde Vertrauen zu den natürlichen Heilfactoren wieder zu erwecken.

Erst in den letzteren Jahren wurde die Wirkung der Sonnenstrahlen auf den Organismus wissenschaftlich beobachtet. So wiesen Rubner und Cramer durch Thierexperimente nach, daß durch längere Besonnung die Wärmeproduction vermehrt und die Wasserverdampfung wesentlich gesteigert wird. Marshall zeigte den deletären Einfluß des Sonnenlichtes auf die Anthraxbacillen; Koch stellte dieselbe Erscheinung bei den Tuberkelbacillen und Choleravibrionen fest. Insbesondere aber beschäftigte sich Prof. Niels Finsen in Kopenhagen mit der Wirkung der Wärme- und chemisch wirksamen Strahlen des Sonnenlichtes auf pathologische Producte (Variola, Lupus vulgaris etc.) des menschlichen Körpers.

Beim Studium der therapeutischen Wirkung des Sonnenlichtes müssen die Wärme-, Licht- und chemischen Strahlen gesondert und im Vereine betrachtet werden; leider liegen diesbezüglich noch keine umfassenden Arbeiten vor, ein gewiß dankbares Feld der Forschung liegt noch brach.

Wird der Körper den Sonnenstrahlen durch längere oder kürzere Zeit ausgesetzt, so wird ihm zunächst strahlende Wärme zugeführt, wie in den elektrisch Glühlichtbädern, die den Sonnenbädern wohl am ehesten zu vergleichen sind. Die Körpertemperatur steigt, die Respiration und Circulation wird beschleunigt, das Nervensystem wird anfangs gereizt, später deprimirt. Die strahlende Wärme durchdringt die Gewebe besser als die fortgeleitete Wärme, der gesammte Stoffwechsel wird energisch angeregt.

Bezüglich der Technik lassen sich zwei Formen unterscheiden: erstens das ambulatorische Sonnenbad, wo der Patient unbekleidet im Freien sich im Herumgehen den Sonnenstrahlen aussetzt, und zweitens das Sonnen-Liegebad, wo der ebenfalls nackte Patient auf dem Boden oder auf einem dünnen Lager ruht. Ueber die erste Form ist nicht viel zu sagen; sie ist nichts Anderes, als eine mildere Art der zweiten Form, da die Sonnenstrahlen nicht so intensiv einwirken können.

Vor Beginn des Sonnen-Liegebades wird der Kopf und Nacken des Patienten kalt abgewaschen, auf den Kopf kommt eine in kaltes Wasser getauchte Haube, die von Zeit zu Zeit frisch befeuchtet wird, um der Rückstauung des Blutes zum Kopfe vorzubeugen. Der Patient liegt mit Rücksicht auf den Gang der Sonne am besten mit seiner

Längsaxe in der Richtung von Ost nach West; der Kopf wird in der Regel durch eine Art Schutzdach beschattet; um möglich alle Theile des Stammes und der Extremitäten gleichmäßig den Strahlen auszusetzen, soll der Patient etwa alle 8 Minuten sich bald nach rechts und links, bald auf den Rücken und auf den Bauch wenden. Empfindliche Augen müssen durch einen Augenschirm, dichten Schleier etc. geschützt werden.

Die Dauer der Procedur variirt je nach dem angestrebten Zweck und der von der Jahreszeit und den mannigfaltigen localen Verhältnissen abhängigen Intensität der Sonnenwärme von 15 bis 45 Minuten; gewöhnlich beginnt der Patient nach einer halben Stunde zu schwitzen; soll dieses Stadium noch länger unterhalten und gesteigert werden, so schlägt man nach Beendigung des directen Sonnenbades den Körper, mit Ausnahme des Kopfes, in eine nicht allzu dicke Wolldecke leicht ein und läßt so den Patienten weitere 15 Minuten liegen.

Nach der Procedur bekommt der Patient, um die durch die Hitze erschlafften Hautgefäße wieder zur Contraction zu bringen, eine kalte Application, eine kalte Abreibung, ein Halbbad etc.; hierauf soll der Patient sich Bewegung machen.

Die Indicationen der Sonnenbäder sind dieselben, wie aller anderen wärmezuführenden Proceduren. Kurze Sonnenbäder empfehlen sich bei allgemeiner Atonie, Anämie, Chlorose und depressiven Neurosen; längere bei träger Circulation und Störungen derselben, bei Stoffwechsel-Erkrankungen wie Adipositas, uratischer Diathese, bei Dyskrasien, wie Scrofulose, inveterirter Lues, bei Gelenks- und Muskelrheumatismus, bei Neuralgien, rückständigen Entzündungsproducten, bei Intoxicationen, insbesondere mit Blei, Quecksilber, Arsen und endlich bei einer großen Reihe von chronischen Dermatonosen mit derben torpiden Infiltraten, wie chronisches Ekzem, Acne indurata, Sklerodermie, Prurigo etc.

Bei längerer Dauer der Sonnenbäder muß der Zustand des Herzens sorgfältig berücksichtigt und eventuell der Herzschlauch applicirt werden.

Eine Contraindication geben alle acut fieberhaften Erkrankungen, hochgradige Schwäche, alle Consumptionskrankheiten und pseudoplastischen Processe, schwere Formen von Atheromatose, anatomische Erkrankungen des Centralnervensystems und Neigung zu Blutungen.

Ueberblicken wir nun einerseits die Mängel und Gebrechen, andererseits die Vorzüge der Sonnenbäder im Verhältnisse zu den anderen analogen Proceduren, wie Dampf-, Heißluft- und Glühlichtbädern, so müssen wir wohl zugestehen, daß wir bei den Sonnenbädern von vielen Factoren, wie Jahres- und Tageszeit, klimatischen Verhältnissen, Be-

wölkung etc., abhängig sind und daß wir auch die Kur nicht so genau dosiren können: dafür aber steht der Patient bei den Sonnenbädern unter der Wirkung sämmtlicher, wenn auch noch nicht im Detail erforschter, so doch zweifellos therapeutisch mächtiger, unersetzlicher Componenten des Sonnenlichtes, er genießt während der ganzen Dauer der Procedur reine frische Luft und wird gewiß auch psychisch durch den Anblick der hellen, freundlichen Natur günstig beeinflußt

Es ist daher zu wünschen, daß dieses mächtige Heilagens den rohen Händen der Empirie entrissen werde und, durch Forschung geklärt, in der officiellen Pharmakopöe der physikalischen Heilmethoden den gebührenden Platz finde.

II. Medicin.

Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse mit specieller Rücksicht auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes. Von Dr. Hoche. (Samml. zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten 1900.)

Da die Würdigung der frühzeitig beobachteten Erscheinungen sehr viel von einer richtigen Untersuchungsmethodik abhängt, bespricht H. neben den krankhaften Störungen die Art und Weise, wie die Untersuchung vorzunehmen ist.

Ihrer Wichtigkeit und Häufigkeit nach sind Störungen von Seiten der Pupillen an erster Stelle zu nennen. Sehr enge, gleichweite Pupillen, verbunden mit reflectorischer Pupillenstarre finden sich als Frühsymptom der progressiven Paralyse, sehr weite und gleichzeitig starre Pupillen kommen zwar im weiteren Verlaufe, selten aber als Frühsymptom vor. Reflectorische Pupillenstarre und Trägheit findet sich bei progressiver Paralyse einseitig und doppelseitig; in den frühesten Stadien sind Differenzen zwischen rechts und links in der Promptheit der Reaction fast die Regel, und der diagnostische Werth der einseitig fehlenden Verengerung der Pupille bei Lichteinfall ist nicht geringer, als der des doppelseitigen Verlustes dieses Phänomens. Die Wichtigkeit einer exacten Untersuchung der Pupillen geht aus dem diagnostischen Satz hervor, daß alle frisch entstehenden, anscheinend functionellen Neurosen und Psychosen bei Männern des mittleren Lebensalters (28—55 Jahren), bei welchen reflectorische Pupillenstarre oder Pupillendifferenz bei zweifelloser träger Reaction constatirt wird, den Verdacht auf progressive Paralyse erwecken sollen. Bei der Untersuchung ist es aber nothwendig, daß Accommodations- und Convergenz-

bewegungen im Momente des Lichteinfalles unterbleiben, da bekanntlich die Reaction auf Convergenz bei Paralyse nicht getroffen ist.

Was die Sehnenreflexe anbelangt, so ist in den Frühstadien der Erkrankung die Steigerung der Sehnenreflexe häufiger, als das Fehlen derselben; in den späteren Stadien ändert sich das Verhältniß, hier überwiegen die Fälle mit fehlenden Sehnenreflexen. Für die Frühdiagnose ist somit das Fehlen der Patellarreflexe kein Erforderniß. In einer Reihe von Fällen trifft man als Frühsymptome der Paralyse Erscheinungen, die zum tabischen Symptomencomplex gehören, wie lancinirende Schmerzen, Gürtelgefühl, Analgesie an den Beinen, gastrische oder andere Krisen, Opticusatrophie, Augenmuskellähmungen von meist flüchtigem Charakter. Man ist in der Deutung dieser Fälle noch nicht einig, ob sie als genuine Tabes aufzufassen sind, welcher sich nachträglich Paralyse hinzugesellt, oder ob die beobachteten Erscheinungen bereits als Symptome der Paralyse von dem sogenannten Hinterstrangtypus gedeutet werden müßen. Für die Praxis sind aber die eben erwähnten Symptome von großer Bedeutung, besonders wenn sie im Zusammenhange mit anderen echt paralytischen Erscheinungen beobachtet werden.

Zu diesen sind zu zählen die frühen „paralytischen Anfälle". Am häufigsten sind hier epileptiforme Anfälle in der Art des petit mal: Erblassen, Ohnmachtsanwandlungen, plötzliches Schwindelgefühl, kurzer Bewußtseinsverlust oder leichteste apoplectiforme Anfälle, nämlich unter Schwindel oder nachts unbemerkt im Schlafe einsetzende flüchtige Paresen, eventuell mit rasch vorübergehender Beeinträchtigung der Sprache oder nur ein plötzlich kommendes Gefühl von Einschlafen einer Körperseite, selbst nur von einer Extremität oder anderweitige Parästhesien. Können genuine Epilepsie, Schädeltraumen, chronischer Alkoholismus, Neubildungen des Gehirns und der Meningnen, Arteriosclerose ausgeschlossen werden, so müssen derartige Anfälle in dem genannten Lebensabschnitt den Verdacht auf progressive Paralyse erwecken, der zur Sicherheit wird, wenn gleichzeitig reflectorische Pupillenstarre oder die später zu besprechenden psychischen frühen Veränderungen der Paralyse nachweisbar sind.

Ein erstmaliges und dann sich wiederholendes Auftreten von Migräne-Anfällen im mittleren Lebensalter ist in jedem Falle ein bedenkliches Symptom, welches allerdings nicht nur bei progressiver Paralyse, sondern auch bei Tabes, bei Epilepsie, bei Hirntumoren auftreten kann. Die frühen apoplectiformen Anfälle zeichnen sich anfänglich meist durch ihren abortiven Charakter aus; sie können am ehesten mit den Anfällen ver-

wechselt werden, die bei Erkrankungen der Hirngefässe nicht selten schweren Hemiplegien vorausgehen. Nicht selten ist es die Combination von Hemiparese mit reflectorischer Pupillenstarre, welche die Diagnose auf Paralyse entscheidet; bei einfacher Hemiplegie kommt reflectorische Lichtstarre nicht vor; Hemiplegie mit totaler Pupillenstarre spricht für Lues cerebri.

Die motorischen Paresen sind meist mit Reizerscheinungen, Tremor und Zuckungen verbunden. Der Tremor und die Zuckungen sind am ehesten im Gebiete der Facialis und an der Zunge wahrzunehmen. Sie treten beim Sprechen oder beim Heraustreten der Zunge hervor, meist in Form eines kurzen Zuckens, welches, wenn es beim Sprechen einseitig auftritt, als ominöses Zeichen gilt. Die motorischen Paresen sind ebenfalls in der mimischen Musculatur, dann aber auch an der Musculatur der Zunge und des Kehlkopfes am ehesten zu erkennen. Differenzen in der Innervation des Nervus facialis sind mit Vorsicht zu verwerthen; sie gewinnen aber an Bedeutung, wenn gleichzeitig Tremor oder Zuckungen in der betreffenden Hälfte oder anamnestisch ein entsprechend localisirter apoplectiformer Anfall nachweisbar ist. Dasselbe gilt für die Abweichungen der Zunge. Tremor oder Zuckungen im Gebiete der Larynxmusculatur verursachen eine Veränderung der Stimme, z. B. im Timbre; im Affecte tritt häufig ein eigenthümliches „Beben" der Stimme auf. Die eigentliche paralytische Sprachstörung ist oft sehr frühzeitig nachzuweisen. Dieselbe äußert sich in articulatorischen Störungen, die bei Anwendung schwieriger Wortcombinationen leicht zutage treten. Auffallend ist gelegentlich schon früh die Monotonie der Stimme, sowie ein gewisses Zögern vor manchen Worten; es kommen auch manchmal paraphasische Störungen zum Vorschein, wie Verwechslung von Consonanten, Umstellung von Silben u. s. w., die der Paralytiker in der Regel nicht zu corrigiren versucht. Zweckmässig ist es, zur Erkennung dieser Störungen die Kranken laut vorlesen zu lassen.

Die frühen Veränderungen der Schrift hängen einerseits von Innervationsstörungen im Gebiet der Hand- und Vorderarmmusculatur ab, andrerseits von psychischen Veränderungen, wie Verlust der Aufmerksamkeit, Versagen des Gedächtnisses, Sinken des ästhetischen Gefühls u. s. w. Sie äussern sich durch unregelmässige Buchstaben, ungleiche Linienabstände, Klecksen u. s. w., neben Interpunctionsfehlern, Durchstreichungen, Auslassungen oder Verdoppelung von Worten u. s. w.

Neben diesen objektiven Erscheinungen beobachtet man im Frühstadium der progressiven Paralyse nicht selten subjective Störungen, die aber meist erst nach fertiggestellter

Diagnose richtig gewürdigt werden, nämlich neuralgiſche Schmerzen im Gebiete des Trigeminus und des Occipitalis, vage Schmerzen in den Extremitäten, diffuse Kopfſchmerzen, Kopfdruck, Pruritus universalis, Störungen des Schlafes, bis zu völliger, anhaltender und hartnäckiger Schlaflosigkeit.

Die psychischen Symptome im engeren Sinne sind in der Frühperiode der Paralyse äusserst schwankend und vielgestaltig, so dass die Diagnose sich hauptsächlich auf die greifbaren und sicheren Kennzeichen der organischen Erkrankung des Centralnervensystems, wie sie oben geschildert worden sind, zu stützen hat. Unter den psychischen Störungen wären zu erwähnen ein häufig vorhandenes, subjectives, allgemeines Krankheitsgefühl, eine schmerzlich empfundene gemüthliche Depression, die ganz objectlos sein kann und sich episodisch zu förmlichen Angstanfällen steigern kann. Häufiger kommen aber die ersten psychischen Veränderungen den Kranken selbst nicht zum Bewusstsein. Dieselben äussern sich durch eine veränderte Reactionsweise des Individuums gegenüber den Eindrücken der Aussenwelt. Hierher gehört eine allgemeine Steigerung der Reizbarkeit, wobei das Mißverhältniß zwiſchen dem Anlaß und der Intensität des dadurch ausgelösten Affectes besonders auffällt. Andere Male zeigt sich die veränderte Reactionsweise des erkrankten Gehirns in verminderter Resistenz gegen Hitze, oder auffallende Intoleranz für selbst kleine Dosen Alkohol. Auch lebhafte depressive Affecte treten ohne proportionalen Anlaß auf, und als Folge davon beobachtet man nicht selten durchaus ernst zu nehmende Selbstmordversuche. Frühzeitig eintretende Verminderung des Gedächtnisses und der Urtheilskraft in Verbindung mit der zunehmenden Ermüdbarkeit und Erſchöpfbarkeit. Abnahme der allgemeinen Leistungsfähigkeit sind häufige Erſcheinungen im Beginne der progressiven Paralyse. Außerdem beobachtet man ein moraliſches Zurückgehen der Kranken die feineren Regungen des Mitgefühls, der Rücksicht auf die Wünſche oder Anſchauungen der Umgebung, das Augenmaß für das gesellſchaftlich Geziemende, für das „Decorum“ gehen verloren; gröbere Taktlosigkeiten, cyniſches Verhalten in sexueller Hinsicht, Zotenreißen in Damengesellſchaft, Rücksichtslosigkeiten, ſchlechte Behandlung, ja Mißhandlung der Frau, alles das sind Züge, die, wenn sie bei gebildeten, früher wohldisciplinirten Männern des mitteren Alters auftreten, sofort den Verdacht auf progressive Paralyse erwecken müssen. Außerdem treten psychiſche Anomalien auf, in Form von Euphorie, Größenwahnideen, melancholiſchen oder hypochondriſchen Wahnideen, Erregungszuständen, welche durch das Vorhandensein der obenerwähnten Symptome ein bestimmtes Gepräge erhalten, was sie von entsprechenden Störungen bei functionellen Psychosen zu differenciren gestattet.

Zur Behandlung des Ileus. Vor Jahresfrist hat Batsch (Großenhain) in einem im ärztlichen Bezirksverein daselbst gehaltenen Vortrag die Behandlung des Ileus mit großen Atropindosen sehr warm empfohlen. Er folgte dabei der Ueberlegung, durch Lähmung der hemmenden Splanchnicusfasern in einem Fall von dynamischem schwerem Ileus mit Singultus den Krampf der Darmmusculatur zu heben. Er injicirte 2 Dosen von je 0,005 (!) g Atropin unter die Bauchhaut und erreichte ausgiebige Entleerung des Darmes mit nachfolgender Heilung. Seinen Angaben zufolge hat auch Geber (Riesa) einen schweren Ileus gleichfalls unter dieser Medication günstig verlaufen sehen. In Anbetracht der schwachen Constitution seiner Patientin verabfolgte er jedoch nicht mehr als 0,003 pro dosi. Ein Fall von Invagination, den Festner (Riesa) beobachtet hat, heilte ebenfalls nach Injection von 0,003 Atropin, und ein von Schlumann (Großenhain) behandelter Fall von leichtem Obstructionsileus ging nach zweimaliger Verabreichung von 0,001 Atropin pro dosi desgleichen in Genesung über. In der Folge berichtet Batsch von zwei weiteren Fällen von schwerem Ileus, der eine nach schwerer Entbindung, der andere nach Diätfehler, welche beide durch Atropininjectionen zu gutem Ausgang kamen. Ferner vermehrte er seine Casuistik um weitere drei Fälle, in welchen die schweren Symptome des Ileus der Atropinbehandlung wichen, der Leib weich wurde, die Schmerzhaftigkeit und Kothbrechen verschwand, Stuhlgang und Flatus sich einstellten; nur in einem Fall, in welchem eine incarcerirte Hernie vorlag, wurde nach der Atropinbehandlung die Laparatomie vorgenommen; jedoch rühmt er der Atropinwirkung nach, dass sie das Gangränöswerden der incarcerirten Strecke verhindert und die Reposition erleichtert habe.

Marcinowski (Saarmund) weiss ebenfalls von einem Fall mit acutem Darmverschluss mit bedrohlichen Symptomen zu berichten, die direct im Anschluss an eine Injection 0,005 g Atropin sich zusehends zum Bessern wandte. Die Symptome liessen erheblich nach, und 6 Stunden später erfolgte schon breiiger Stuhlgang und Flatus. Die gleiche Dosis wurde erfolgreich bei einem Patienten mit incarcerirter Hernie angewandt. Auch Holz (Berlin) hat ebenfalls in einem Fall den günstigen Einfluss dieser Medication erfahren, wenngleich er auch nicht über die Maximaldose von 0,001 dabei hinausging. Andere Autoren berichten ähnliches.

Bemerkenswerth ist jedenfalls in allen diesen Fällen, wie solche grossen Dosen Atropin, die also die Einzelmaximaldose um das fünffache überstiegen, in keinem Fall wirklich schwere Intoxicationen verursacht haben, und die erwähnten Autoren preisen alle mit einem gewissen Enthu-

siasmus die überraschend günstigen Erfolge. Jedenfalls sollte man immer darauf bedacht sein, für den Fall schwerer Vergiftungssymptome event. antitoxische Maassnahmen, Morphium resp. Pilocarpininjectionen bereitzuhalten.
(Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 45, Nr. 51. 1900, No. 27, 43, 48, 49.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Beiträge zur Frage der traumatischen Nierenbeweglichkeit. Von Dr. Erwin Payr (Graz). (Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 50 u. 51.) Die Aetiologie der Wanderniere wurde von einer Reihe von Forschern eifrig studirt und hat zu verschiedenen Erklärungsversuchen Anlaß gegeben. Es hat sich dabei ergeben, daß wohl verschiedene Ursachen dabei mitwirken. Auf der einen Seite wird die Wanderniere durch gewisse anatomische Besonderheiten bedingt, nämlich durch mangelhafte oder fehlerhafte Entwicklung der paravertebralen Nischen, welche die Nieren beherbergen; diese Insufficienz ist häufig mit anderen abnormen Zuständen combinirt, als da sind schwache Entwicklung der Muskeln überhaupt, schlaffe Bauchdecken, Diastase der Mm. recti, leichte Durchgängigkeit der Bruchöffnungen, Enteroptose, Lageveränderungen der Genitalien, Schwäche des Beckenbodens u. s. w. Die abnorme Configuration der paravertebralen Nischen ist auch mit Veränderungen der äußeren Körperformen combinirt, nämlich eine gewisse Cylinderform des Rumpfes in der Lendengegend soll dafür characteristisch sein. Dieser Typus findet sich besonders bei Frauen. Andererseits wurde auch ein Zusammenhang zwischen Nierenbeweglichkeit und Trauma von vielen Beobachtern behauptet, und eine Reihe von Forschern spricht die Entstehung der Nierenbeweglichkeit überhaupt als das Resultat rein mechanischer Vorgänge an. Es ist hierbei vor allem die Frage aufzuwerfen: kann ein Trauma allein Wanderniere erzeugen oder wird durch dasselbe eine schon vorhanden gewesene Nierenbeweglichkeit so in den Vordergrund gedrängt, daß sie erst jetzt bemerkt wird. Diese Frage wurde von den verschiedenen Autoren verschieden beantwortet. P. glaubt auf Grund der in der Literatur niedergelegten Casuistik, daß es Traumen giebt, die unter allen Umständen Nierenbeweglichkeit erzeugen können. In wenigen Fällen, wo ein operativer Eingriff nöthig wurde, konnte man sich davon überzeugen, daß durch Sturz etc. die Niere gelockert wurde und ihre Lage geändert hatte. Güterbock überzeugte sich auf Grund von Sectionsprotokollen bei

Nierenverletzungen, daß Blutaustritte am Ileum und im perirenalen Gebiet bei im Wesentlichen unverletztem Nierenstiel und Nierenparenchym sehr erhebliche Verlagerungen des Organs nach unten und vorn bedingen können. — Man hat die Frage ferner durch Thierversuche, sowie durch Experimente an menſchlichen Leichen studirt und gefunden, daß acute Traumen der Nierengegend zweifellos eine Rolle in der Aetiologie der Nierenverſchiebungen spielen können. Küster hält verſchiedene Arten traumatiſcher Einwirkung für geeignet, Nierenbeweglichkeit hervorzurufen, und zwar vor allem 1) Stoß in der Längsachse des Körpers bei Fall auf die Füße oder das Gesäß; 2) Stoß oder Fall auf die Lendengegend; 3) gewaltsame Compression des Brustkorbes; 4) Muskelzug in gewissen seltenen Fällen. — P. berichtet nun über einige Fälle, in denen eine forcirte, durch anderweitige Erkrankungen bedingte Massage der langen Rückenmuskeln, besonders aber der Bauchmuskulatur eine Wanderniere erzeugte, resp. eine etwas bewegliche Niere zur Wanderniere machte. Im ersten Fall handelte es sich um ein 28jähriges, gracil gebautes Mädchen, welches sich wegen einer chroniſch-rheumatiſchen Muskelerkrankung einer überaus energiſchen Körpermassagekur unterzog, bei der auch die Gegend der Mm quadrat. lumborum und die Lendengegend überhaupt zwiſchen 12. Rippe und Darmbeinkamm, sowie die seitliche Bauchgegend einer gewaltsamen Behandlung ausgesetzt wurde. Zweimal hatte sich nach dieser forcirten Massage bereits Schüttelfrost mit heftigen Schmerzen in der rechten Nierengegend eingestellt. Das dritte Mal sah P. die Pat. und konnte das typiſche und zwar ſchwer ausgeprägte Bild einer Einklemmung einer rechtseitigen Wanderniere finden; die Niere war unter dem rechten Rippenbogen als großer, derber Tumor zu fühlen und zwar lag der untere Pol des Organs den Bauchdecken an und sah medianwärts. Es gelang, die Niere zurückzubringen. Erſcheinungen von Enteroptose waren sonst nicht vorhanden. Links bestand ebenfalls eine deutlich fühlbare bewegliche Niere, welche allerdings zu Einklemmungserſcheinungen noch nicht geführt hatte, wohl aber ziehende Schmerzen verursachte. Da die Pat. noch wenige Wochen vor der Massagekur von einem Gynäkologen genau untersucht worden war und weder links noch rechts eine Wanderniere festgestellt wurde, so ist klar bewiesen, daß in diesem Falle die Nierenbeweglichkeit nur durch die als Trauma wirkende forcirte Massage hervorgerufen war. Durch eine geeignete Bauchbinde mit einer kleinen Pelotte rechterseits wurden fast alle Symptome der Wanderniere in 2—3 Wochen gehoben. Zur Befestigung der Wirkung wurde dann noch eine Mastkur eingeleitet, um durch Zunahme des Fettes der Nierenkapsel, sowie überhaupt

des Fettes in der Bauchhöhle den intraabdominellen Druck zu erhöhen. Im zweiten Fall handelte es sich um eine 52jährige Dame, welche ihre rechtsseitige Wanderniere ebenfalls auf eine energiſche Massagekur zurückführte; hier bestanden allerdings auch Erſcheinungen allgemeiner Enteroptose; die ätiologiſche Bedeutung der Massage ist daher ganz sicher erwiesen. Der dritte Fall betraf einen 35jährigen Mann, bei dem nach einer sehr energiſchen Massagekur des Rückens und hauptsächlich der linken Lendengegend eine linksseitige Wanderniere von Payr constatirt wurde, während eine Untersuchung vor der Kur das Nichtbestehen einer Nierenbeweglichkeit ergeben hatte. Hier war also auch zweifellos die Wanderniere durch die forcirte Massage erzeugt worden. — Im Anſchluß an diese Fälle stellt P. einige theoretiſche Betrachtungen an, aus denen hervorgeht, daß durch unzweckmäßige und vor allem übertriebene Massage der Lenden- und seitlichen Bauchgegend Nierenbeweglichkeit erzeugt werden kann.

(Allg. med. Centralztg.)

Die Behandlung von Balggeschwülsten durch interstitielle Injection von Aether. Von Emile Sergent. S. empfiehlt zur Entfernung von Balggeſchwülsten ein Verfahren, das bereits von Vidal und Lermoyez geübt wurde, aber dann in Vergessenheit gerathen ist. Es besteht darin, Aether in die Geſchwulst zu injiciren, wodurch eine Auflösuug des fettigen und epithelialen Inhalts, sowie eine Lockerung des Balges zu Stande kommt, so daß man die erweichten Massen sammt dem Balge nach einer Anzahl Injectionen aus der Einstichöffnung ohne Mühe exprimiren kann. Contraindicirt ist das Verfahren nur bei sehr alten und zugleich kleinen, d. h. erbsen- bis bohnengroßen Atheromen, weil diese sehr dicke Wandungen, einen sehr harten Balg und nur äußerst wenig fettigen Inhalt haben. Auch bei ganz friſchen, kleinen Tumoren kann man mit der Entfernung warten, da ihr Wachsthum häufig stationär bleibt und sie gar nicht selten spontan eine fibröse Umwandlung erfahren. Sie stören auch wenig, wenn sie nicht gerade an einer Stelle sitzen, die ihre Beseitigung wünſchenswerth macht. Dagegen kann man alle Atherome entfernen, die die Größe einer kleinen Kirſche erreicht haben. Sehr voluminöse Atherome ſcheinen für das Verfahren keine Contraindication zu bilden. S. hatte zwar bisher keine Gelegenheit, es bei solchen anzuwenden, wohl aber hat Vidal auf diese Weise sehr große Balggeſchwülste zum Schwinden gebracht. Nur wenn das Atherom bereits entzündet oder abscedirt ist, muß man von der Methode Abstand nehmen und zum Messer greifen. — Ihre Technik ist die folgende:

Nach den nöthigen antiseptiſchen Vorbereitungen (sterilisirte Spritze mit ausgeglühter Platinnadel, Rasiren der Umgebung bei Atheromen auf dem Kopfe u. s. w.) comprimirt man die Geſchwulst behufs Anspannung der dieselbe bedeckenden Haut leicht mit 2 Fingern an der Basis, sticht die Nadel an ihrem höchsten Punkt durch eine der mit bloßem Auge oder einer Linse sichtbaren Drüsenöffnungen in die Tiefe und entleert einige Tropfen des officinellen, chemiſch reinen Aethers, mit dem man die Spritze gefüllt hat. Man entfernt nun die letztere, während die Nadel zurückbleibt, bis etwas von dem injicirten Aether verdunstet ist, spritzt nach einigen Secunden abermals einige Tropfen ein und fährt so fort, bis die ganze Spritze entleert ist. Man muß immer dann absetzen, sobald der Patient über eine unangenehme Spannung in der Geſchwulst zu klagen beginnt. Ist die Injection beendet, so wäſcht man die Einstichstelle mit etwas Sublimat und verſchließt sie mit Collodium. Diese Einspritzungen werden jeden nächsten oder übernächsten Tag und zwar durch dieselbe Drüsenöffnung wiederholt, bis die Geſchwulst, was nach 4—5, aber zuweilen erst nach 12 Injectionen der Fall ist, teigig, weich und fast fluctuirend geworden ist. Dann löst man den kleinen Schorf von der Einstichwunde und exprimirt das Atherom mit 2 Fingern, wobei sich der flüssige oder halbflüssige Inhalt völlig entleert. Nun gilt es den Balg herauszubefördern. Zu diesem Zwecke führt man eine feine Sonde durch die Stichöffnung, sucht dabei zwiſchen Balg und Haut zu kommen und vervollständigt nun durch Bewegungen mit der Sonde die ſchon durch Einwirkung des Aethers gelockerte Verbindung zwiſchen diesen beiden Schichten. Drückt man nun den Tumor zusammen, so tritt der Rand des Balges aus der Stichöffnung. Man ergreift ihn mit einer Pincette und zieht ihn langsam und vorsichtig, bei noch vorhandenen Adhärenzen immer mit der Sonde nachhelfend, heraus. Wegen der Elasticität der Hautöffnung geht das trotz ihrer Kleinheit sehr gut. In den nächsten Tagen zieht sich nun die Haut, die früher die Geſchwulst beherbergt hat, vermöge ihrer Elasticität immer mehr zusammen. Schließlich sieht man nur noch ein kleines Knötchen, das mit der Zeit ebenfalls völlig verſchwindet. Die Vorzüge des Verfahrens sind seine völlige Schmerzlosigkeit, seine Unblutigkeit, seine Gefahrlosigkeit und endlich der Mangel jeder Narbe. — (La Presse médic. 1900, No. 52.)

Zur Diagnostik und Therapie der habituellen seitlichen Rückgratsverkrümmung vom Standpunkte des praktischen Arztes. Von Bum. (Nach einem Vortrage vom 14. November 1900 im Wiener medizinischen Doktorenkollegium.) An die erſchreckende Häufig-

keit der habituellen Skoliose und an die Wichtigkeit frühzeitiger Diagnose derselben für die physische und soziale Zukunft des Kindes anknüpfend, bespricht B. zunächst die Ursachen des so häufigen Uebersehens der ersten Stufe der Deformität, der habituellen Ermüdungshaltung des Schulkindes, seitens der gewissenhaftesten und gründlichsten Aerzte. Diese Ursachen wurzeln in der einseitigen Ausbildung des Arztes, dessen Formensinn weder im Gymnasium noch an der Hochschule geweckt wird. Nach kurzer Besprechung der seitlichen Deviation der Wirbelsäule, die einen steten Kampf des Arztes gegen die übermässigen Anforderungen der Schule, den übertriebenen Musikunterricht und die Mode bedeutet, erörtert B. das Zustandekommen der „Ermüdungshaltung" deren starrgewordenes Modell die Scoliose in ihrer vollen Entwicklung darstellt und giebt sodann einen orientirenden, kritischen Ueberblick über die Leistungsfähigkeit der Scoliosentherapie in den einzelnen Stadien der Deformität.

Diese Therapie soll folgende Indikationen erfüllen:

1) Kräftigung der Muskulatur, zumal der Dorsolumbalmuskeln;

2) Mobilisirung der Wirbelsäule und

3) Entlastung und Erhaltung derselben in korrigirter, resp. in überkorrigirter Lage.

Der Erfüllung der erstgenannten Indikation, die zumal im ersten und zweiten Stadium der Scoliose in Frage kommt, dient methodische Massage der Rückenmuskeln und zweckentsprechende, beharrlich angewandte Gymnastik, der Mobilisirung der Wirbelsäule, die besonders im Stadium beginnender Torsion der Wirbelkörper dringende Indikation findet, das manuelle passive Redressement. Alle genannten Encheiresen haben aber in höheren Graden der Deformität, bei vollständig rigider Wirbelsäule und nach Zustandekommen definitiver Stellungsveränderung der Wirbelkörper zu den Wirbelbögen keine Aussicht auf irgend welchen Erfolg, während sie im ersten Stadium Heilung, im zweiten Stadium erhebliche Besserung der Deformität unter Verhütung ihrer Progredienz zu erzielen vermögen. Deßhalb wurde in jüngster Zeit die forcirte Extension von Scoliosen höherer Grade mit angeblich guten Resultaten empfohlen, welchen B. bezüglich ihrer praktischen Verwerthbarkeit indess skeptisch gegenübersteht.

Bezüglich der Anwendung von Stützapparaten behufs Erfüllung der drittgenannten Anzeige nimmt B. einen vermittelnden Standpunkt zwischen den Anhängern und entschiedenen Gegnern des orthopädischen Corsets ein, indem

er das suspendirende „Bügelcorset“ (Hessing, Beely), welches das Zusammensinken des Stammes verhindert, das Gewicht des Kopfes und oberen Brustsegments direkt auf das Becken überträgt und die Rückenmuskulatur minder ungünstig beeinflußt, bei Scoliosen zweiten Grades muskelschwacher Kinder, ferner bei Kindern, die aus äußeren Gründen zu einer methodischen orthopädischen Behandlung nicht herangezogen werden können, endlich bei den jeder Therapie unzugänglichen Skoliosen dritten Grades zu kosmetischen Zwecken und zur Bekämpfung der hier vorkommenden Neuralgien empfiehlt. Für contraindicirt erklärt B. aber auch diesen Stützapparat bei der zu rascher Entwicklung der Skoliose bis zu ihren höchsten Graden enorm disponirten Gruppe der flachrückigen Kinder, weil die Suspension eine weitere Abflachung der sagittalen Krümmungen bedingt. — Das starre, redressirende Corset verwirft B., indem er einerseits die schwere Schädigung des Tonus der Dorsolumbal-Muskulatur durch dasselbe hervorhebt, andererseits die Möglichkeit leugnet, das temporäre Redressement durch portative oder Lagerungsapparate in ein permanentes zu verwandeln.

Das Resumé des Werthes unserer derzeitigen Scoliosentherapie führt immer wieder auf die dringliche Forderung der Frühdiagnose und Frühbehandlung zurück. Um dem Hausarzte die rechtzeitige Erkennung der initialen Veränderungen zu ermöglichen, wird die graphische Aufnahme der Frontalansicht der Rückenfläche des Kindes empfohlen, welche auch dem Nichtzeichner durch Benützung eines kleinen Apparates ermöglicht wird, der, auf dem Prinzipe der Spiegelung beruhend, im Institute B.'s seit längerer Zeit in Verwendung steht.

Das „Ikonometer“, welchem das gleiche Prinzip wie dem bekannten „Dikatopter“ genannten Zeichenapparate zu Grunde liegt, stellt eine „Camera lucida“ dar, mittelst welcher der Untersucher ohne sonderliche Uebung und in kaum einer Minute die Contouren eines virtuellen, auf eine Schreibfläche projicirten aufrechten Bildes mit einem Bleistifte auf letzterer nachzuziehen vermag und so ein genaues, plastisches Bild des aufzunehmenden Objektes erhält Die Grösse des Bildes variirt je nach der Entfernung des Objektes vom Apparate; für die gewöhnliche Praxis genügt eine Aufnahme in $^1/_4$ der natürlichen Grösse; zu Messzwecken ist die Zeichnung in natürlicher Grösse wünschenswerth. Die Vortheile der Methode, bestehen in ihrer allgemeinen Verwendbarkeit durch Jedermann, an jedem Orte und zu jeder Zeit, in der Raschheit, mit welcher die Aufnahme erfolgt, in der absoluten Verlässlichkeit des Bildes und in dem Umstande, dass jede Berührung des Aufzu-

nehmenden entfällt. B. empfiehlt das Ikonometer als Behelf für die Frühdiagnose der Scoliose durch den praktischen Arzt, denn diese sei die sicherste Prophylaxe der weiteren Entwicklung der Deformität gegenüber.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Aetiologie, Prophylaxe und Therapie der Rhachitis. Von Paul Zweifel. Aus der großen Zahl von Veröffentlichungen über diesen Gegenstand ragt diese Arbeit vortheilhaft hervor, und da sie nicht nur theoretisches Interesse erweckt, sondern auch eine therapeutische Ausbeute bietet, so mag eine kurze Besprechung an dieser Stelle am Platze sein. Zur Begründung der causalen Therapie ist es jedoch nöthig, dem Gedankengang Zweifel's zu folgen, ohne des Näheren auf die Einzelheiten seiner eingehenden chemischen Untersuchungen Rücksicht zu nehmen. — Die Chemie der rhachitischen Knochen ergiebt ein Manco an Erdalkalien, besonders Calcium- und Magnesiumphosphat, woraus logisch zu folgern ist, daß die Rhachitis wahrscheinlich durch mangelhafte Zufuhr von Kalksalzen entsteht, dementsprechend auch experimentell erzeugt und durch Kalkzufuhr bei den kranken Kindern geheilt werden könne. Wenn nun damit auch noch die von Voit angestellten Thierversuche übereinstimmen, so steht dem scheinbar die alltägliche Erfahrung gegenüber, daß wir durch die Zufuhr von Calcaria phosphorica die Rhachitis nicht merklich günstig beeinflussen können, nur entsprechend erhöhte Mengen in den Ausscheidungen finden. Wo liegt da die Lösung des Räthsels? — An die außerordentliche Bedeutung des Gehaltes der Nahrung an Chloriden, wie sie Bunge in seiner Kochsalztheorie zum Ausdruck bringt, denkend, untersuchte Z. das Brod als das wichtigste Nahrungsmittel auf seinen Gehalt an Kochsalz und fand es in Sachsen im Gegensatz zu anderen Gebieten auffallend arm; er bringt diesen Befund nun in ätiologischen Zusammenhang mit der für Sachsen besonders häufig und schwer auftretenden Rhachitis. — Die Bunge'sche Theorie nimmt eine Chlorverarmung des Organismus durch kalireiche Nahrung (z. B. Kartoffeln) an; tritt dazu eine an Chloriden arme Nahrung (ungesalzenes Brod), so wird die Secretion der Salzsäure im Magen leiden und damit die Auflösung und Nutzbarmachung der unlöslichen Kalksalze der Milch. — Bei Brustkindern kann es nun gelegentlich (wenn auch seltener) durch verringerten Chlorgehalt der Muttermilch oder Armuth derselben an Kalksalzen zu Kalk-

hunger kommen — viel häufiger jedoch bei Flaſchenkindern, bei denen die geringe Menge Salzsäure, die häufig genug noch durch bestehende Magendarmkatarrhe weiter herabgesetzt ist, nicht hinreicht, genügend Kalk zu lösen, und während beim Brustkind, wie wir wissen, die saure Reaction, d. h. die Lösungsbedingung für die Kalksalze, bis in die tieferen Darmabſchnitte die Regel ist, finden wir die Reaction des Darminhaltes bei Flaſchenkindern besonders in der Wandſchicht ſchon in den hohen Darmpartien alkaliſch; was also nicht weiter oben im Magen ſchon gelöst und resorbirt ist, wird als unlöslich ausgeſchieden. — Zweifel empfiehlt aus den oben angegebenen Gründen und weil die Verdaulichkeit der Milch erhöhend, einen geringen Zusatz von Chlornatrium (0,2—0,6%) i. e. 1 Fingerhut voll auf 1 l. Nahrung (bei einer Verdünnung 1:1) oder Acid. hydrochlor. dilut. 1,2 g: 100 g Wasser als Verdünnungsflüssigkeit. Als die Verdaulichkeit der Milch ebenfalls günstig beeinflussend und daneben ihren Nährwerth erhöhend, empfiehlt Zweifel eine 6½ %ige Milchzuckerlösung als Verdünnungsflüssigkeit (Heubner-Soxhlet). In Bezug auf die Dauer des Kochens nimmt Z. eine vermittelnde Stellung ein. Während Soxhlet noch jüngst in einem Vortrag über Säuglingsernährung bei den früher angegebenen 45 Minuten bleibt, giebt Zweifel 15 Minuten als genügende Kochdauer an, da bei längerem Kochen ein wenn auch nicht beträchtlicher Theil des gelösten Kalkes ausfällt. Biedert hält 5—10 Minuten langes Kochen für genügend — vorausgesetzt, daß man eine unter den richtigen Cautelen gewonnene Milch verwende. — Vor der Anwendung der Kindermehle — zumal in den ersten 3—4 Monaten und ohne Milchzusatz warnt Z., weil sie zu wenig lösliche Kalksalze enthalten. Einer ſcharfen Kritik unterwirft Z. die Phosphorbehandlung, indem die Darreichung meist illusoriſch gewesen sei, da der von ihm untersuchte Phosphorleberthran (13mal unter 18 Untersuchungen) gar keinen Phosphor enthielt. — (Therapie d. Gegenwart.)

Was haben wir unter „Skrofulose" zu verstehen? Von Dr. Guttmann, Breslau. (Rchs.-Med.-Anz.) Kaum ein zweiter mediziniſcher Begriff wird in der ärztlichen Praxis so häufig genannt und setzt dabei einer bestimmten Deutung so große Schwierigkeiten entgegen, wie derjenige der Skrofulose. Jeder Praktiker weiß, welchen Zustand er mit dem Worte „skrofulös" bezeichen will, und doch würde wohl mancher in Verlegenheit gerathen, wenn er eine runde, nette Definition dieses Wortes geben sollte.

In früheren Zeiten der Medicin stand es besser um diesen Krankheitsbegriff. Die Skrofulose galt als eine Krankheit sui generis, als eine Konstitutionsanomalie, die

auf einer ganz bestimmten Abnormität der Blutmiſchung, einer Dyskrasie, beruhte. Als aber allmählich die Bedeutung des Wortes Dyskrasie mit den veränderten pathologiſchen Anſchauungen nicht mehr in Einklang zu bringen war, als somit der Grund, auf welchem der Begriff der Skrofulose aufgebaut war, ins Wanken gerieth, mußte man sich nach einer anderen Basis für das wohlbekannte Krankheitsbild umsehen. Man untersuchte bei solchen Patienten, die als am ausgesprochensten „skrofulös“ zu bezeichnen waren, diejenigen Krankheitsprodukte, welche den höchsten Grad der skrofulösen Manifestation darzustellen ſcheinen, also die großen Lymphdrüsenpackete, die fungösen Wucherungen in den Gelenken und Knochen, und fand, daß dieselben mit dem Baue der tuberkulösen Gebilde vollkommen übereinstimmten, ja daß sie, wie sich ſchließlich herausstellte, den nämlichen organisirten Krankheitserreger beherbergten, wie die letzteren. Damit ging für Viele der Begriff der Skrofulose in den der Tuberkulose über; das Wort „skrofulös“ war als selbstständiger Ausdruck überflüssig geworden. Andere suchten der Frage mehr vom kliniſchen Standpunkte beizukommen. Es boten doch bei weitem nicht alle skrofulösen Patienten jene ſchweren Veränderungen dar; bei vielen verlief die Krankheit weit harmloser und ging nach kürzerer oder längerer Zeit in vollständige und dauernde Heilung über. Man half sich da, indem man von einer „abgeſchwächten“ Tuberkulose sprach. In manchen solcher Fälle ließen sich auch Spuren von hereditärer Syphilis oder von Rhachitis nachweisen. Nach Ansicht einiger Rhinologen handelte es sich vielfach gar nur um eine Art Kunstprodukt, ausgehend von einem chroniſchen Nasenkatarrh, mit dessen Sekret sich die Kinder selbst die umliegenden Hautpartieen inficirten, wodurch dann das Bild der Skrofulose zu Stande käme. Somit galt und gilt noch heute vielfach das Wort Skrofulose als ein Kollektivname für ein Sammelsurium von Krankheitserſcheinungen, über deren Ursache und Zusammenhang man nicht immer im Klaren ist.

Angesichts dieser Verwirrung ist die Frage wohl berechtigt, ob wir noch Grund haben, den Namen Skrofulose noch weiter beizubehalten, und für welche Fälle derselbe eventuell zu reserviren wäre.

Daß unter den früher als „Skrofulose“ bezeichneten Fällen auch nach strengster Ausmerzung aller derjenigen, bei denen sich eine anderweitige genau definirbare Allgemeinerkrankung (Tuberkulose, hereditäre Lues, Pseudoleukämie u. s. w.) als Grundlage nachweisen läßt, immer noch zahlreiche Fälle übrig bleiben, welche ein stets wiederkehrendes typiſches Bild darbieten und deshalb eines kennzeichnenden kliniſchen Namens bedürfen, wird kein vorurtheilslos denken-

der Arzt von Erfahrung leugnen, am wenigsten einer, der Gelegenheit hatte, Erfahrungen an einer Augenpoliklinik zu sammeln. Wohl nirgends fällt das Wort Skrofulose häufiger als in der öffentlichen ophthalmologischen Sprechstunde und nirgends findet sich deshalb bessere Gelegenheit zu Studien über die vorliegende Frage. Hierher werden ja die Kinder wegen eines Leidens gebracht, welches als skrofulös kat' exochen gilt. Während man nicht gewöhnt ist, von einem skrofulösen Nasenkatarrh oder einer skrofulösen Ohrenentzündung zu sprechen, ist die Benennung „skrofulöse Augenkrankheit" eine bei Aerzten und Laien seit Alters eingebürgerte. Wir wollen uns nun die ausgeprägtesten derjenigen Fälle, die wir gewohnheitsmäßig als Skrofulose rubriciren, näher ansehen, wobei wir, wie schon erwähnt, alle deutlich ausgesprochenen specifischen Krankheitsformen, wie Tumor albus, Rippencaries u. dergl., ausschließen.

Wir sehen hier nun zunächst als auffälligstes Merkmal ausgebreitete Ekzeme der Gesichts- und Kopfhaut, die sich mit Vorliebe um die natürlichen Oeffnungen der Haut herumgruppiren (Naseneingang, Lippen, Lider, Ohrmuschel). Als Folgeerscheinung dieser Ekzeme sehen wir bei längerem Bestehen sich Drüsenschwellungen entwickeln (Submaxillar-, Nacken-, Praeauriculardrüsen), zuweilen an gewissen Stellen auch chronische Lymphinfiltration des Unterhautbindegewebes eintreten („skrofulöse Oberlippen, Verdickungen des knorpeligen Nasenrückens, des Ohrläppchens). Wir finden weiterhin die sogenannten skrofulösen Augenkrankheiten. Unter ihnen läßt sich bei der Blepharitis ciliaris noch am leichtesten ihre Natur als Ekzem des Lidrandes erkennen. Nicht mit derselben Deutlichkeit, aber durch die neueren Untersuchungen dennoch sicher begründet, stellt sich der ekzematöse Charakter der Bindehautphlyctaene und der oberflächlichen Hornhautentzündung dar. Auch hier handelt es sich um nichts anderes, als um dieselben Knötchen und Pustelchen, welche den Grundstock des Hautekzems bilden, nur daß die eigenthümlichen lokalen Verhältnisse das Bild einigermaßen verändern, z. B. dadurch daß durch die beständige Befeuchtung die Auflagerung von Krusten verhindert wird. Daß wir auf der Conjunctiva (zu welcher wir hier auch noch den von ihr gelieferten epithelialen Ueberzug der Cornea zu rechnen haben), also auf einer Schleimhaut, ein Ekzem antreffen, kann nur auf den ersten Blick befremdlich erscheinen. Die Bindehaut ist ja entwicklungsgeschichtlich ein Produkt des Hautblattes, eine direkte Fortsetzung der äußern Haut, und zumal der Lidspaltenbezirk, der für die ekzematösen Efflorescenzen ausschließlich in Frage kommt, läßt sich in Hinblick auf sein derberes, mehrschichtiges

Plattenepithel und seinen beständigen Kontakt mit der Außenwelt sehr wohl mit der äußeren Haut zusammenstellen. Wir haben es also mit einem Ekzem der Augenlidspalte zu thun.

Neben den Ekzemen gehen bei den skrofulösen Kindern chroniſche Endzündungen verſchiedener Schleimhäute einher. Am häufigsten werden befallen die Nasenſchleimhaut (Nasenkatarrh), die Mittelohrſchleimhaut (Otitis media purulenta), die Bindehaut — und zwar hier im Gegensatz zum Ekzem der Lidspalte der palpebrale Theil der Schleimhaut und die untere Uebergangsfalte (einfacher Bindehautkatarrh) —, seltener die Schleimhäute des Rachens und der Bronchien, zuweilen Vagina und Vulva. Diese Katarrhe kommen in der mannigfachsten Weise mit einander und mit den Ekzemen kombinirt vor; charakteriſtiſch für das kliniſche Bild der Skrofulose ist eben die Mannigfaltigkeit dieser Kombinationen, ferner die lange Dauer dieses Zustandes, während deren bald die eine, bald die andere der genannten Erſcheinungen in den Vordergrund tritt, die Hartnäckigkeit und die Neigung zu Rückfällen. An sich aber besitzt keine der zu dem Gesammtbilde der Skrofulose beitragenden pathologiſchen Veränderungen in anatomiſcher oder bakteriologiſcher Hinsicht einen specifiſchen Charakter; jede derselben kann vereinzelt gelegentlich bei sonst ganz gesunden Individuen auftreten, ohne daß man deshalb von Skrofulose zu sprechen hat. Besonders betonen möchten wir dies noch — im Hinblick auf den Mißbrauch, der so oft mit dem Namen „skrofulöses Augenleiden“ getrieben wird —, für das Ekzem des Auges. So wenig man ein einzelnes Kopfekzem eines im Uebrigen gesunden Kindes als skrofulös zu bezeichnen berechtigt ist, so wenig hat es Sinn eine Phlyktaene, die gelegentlich einmal isolirt bei jedem Kinde vorkommen kann, ohne weiteres skrofulös zu nennen. Es giebt keine an sich skrofulöse Augenkrankheit, gleichwie es überhaupt keine an sich skrofulöse Erkrankungsform giebt; sondern es giebt nur ein Ekzem des Auges, das wie jedes andere Ekzem nur dann als skrofulös bezeichnet werden darf, wenn damit im gegebenen Falle seine Zugehörigkeit zu dem geſchilderten Komplexe von Ekzemen und Katarrhen ausgedrückt werden soll.

Fragen wir nun: auf welcher Basis entwickelt sich dieser Complex, und welche Ursachen bedingen die ihm eigenthümliche Hartnäckigkeit und Neigung zu Rückfällen? so haben wir für beide Fragen dieselbe Antwort: jede Beeinträchtigung der Ernährung, gleichviel welcher Natur, kann das, was wir Skrofulose nennen, hervorrufen und unterhalten. Die Ernährungsstörung kann erworben sein durch

ſchwächende Krankheiten, wie Masern, Scharlach, Keuchhusten, oder durch ſchlechte hygieniſche Verhältnisse (Mangel an Licht, Luft und Reinlichkeit, einseitig vegetariſche Fütterung); sie kann angeboren sein und auf einer tuberkulösen Disposition beruhen oder mit hereditärer Lues zusammenhängen. Es giebt aber keine besondere „skrofulöse“ Ernährungsstörung, keine skrofulöse Diathese oder Dyskrasie; sondern, wie gesagt, jede beliebige Herabsetzung des Ernährungszustandes kann bei der an sich großen Reizbarkeit des kindlichen Integumentes (vgl. z. B. die hartnäckigen Kopfekzeme der Säuglinge, die Intertrigo u. dergl.) die langwierigen Entzündungen der äußeren und inneren Körperoberfläche zur Folge haben, die das Bild der Skrofulose liefern. Daß daneben zuweilen auch künstliche Propagation durch die Finger des Kindes, z. B. Uebertragung von Rhinitis- oder Vulvitissekret auf die Augen, in Frage kommt, ist sehr wahrſcheinlich.

Die Art der Ernährungsstörung kann nur in gewissen Fällen insofern von Einfluß sein, als bei specifiſcher Natur derselben ihre specifiſchen Krankheitsprodukte sich mit den skrofulösen Erſcheinungen vermengen können. Es können z. B. zu einer Skrofulose, die sich auf Grund einer angeborenen Schwäche des Organismus durch tuberkulöse Disposition entwickelt hat, sich wirkliche tuberkulöse Erkrankungen (Drüsentuberkulose, Knochencaries u. s. w.) hinzugesellen, oder bei hereditär-luetiſcher Disposition mit den nicht specifiſchen Ekzemen und Katarrhen sich syphilitiſche Efflorescenzen, Nasenknochenleiden u. dergl. vermiſchen. Oft tritt die Tuberkulose auch erst nach Ablauf der skrofulösen Erſcheinungen, selbst jahrelang später, hervor; es wäre dann falſch zu sagen, wie es so häufig geſchieht, die Skrofulose sei in Tuberkulose übergegangen; ein Ekzem oder ein Nasenkatarrh kann niemals tuberkulös werden, sondern die tuberkulöse Disposition lieferte den gemeinsamen Boden für das zuerst auftretende skrofulöse Krankheitsbild und für die spätere Tuberkulose. Nur in soweit kann ein gewisser Zusammenhang zwiſchen Skrofulose und Tuberkulose zugestanden werden, als die erstere durch Eröffnung zahlreicher Eingangspforten in die Lymphspalten dem Eindringen der Tuberkelbazillen Vorſchub leistet. Die Skrofulose selbst aber ist weder Tuberkulose, noch verwandelt sie sich in dieselbe. Was tuberkulös ist, sollte man auch beim Kinde immer so nennen und in solchen Fällen nicht von Skrofulose (im Sinne von „Kindertuberkulose“) oder, wie Manche wollen, von Skrofulotuberkulose sprechen, wodurch aus der Verwirrung auf diesem Gebiete nie herauszukommen ist. Wir müssen eben, wie ſchon oben gesagt wurde, wenn wir aus

dem Bunterlei der in Betracht kommenden pathologiſchen Erſcheinungen für die Skrofulose ein typiſches Bild herausſchälen wollen, durchaus alle sonst gut charakterisirten Allgemeinerkrankungen abzusondern versuchen, wenn dies auch im gegebenen Einzelfalle nicht immer vollständig gelingen mag. Was dann für die Skrofulose übrig bleibt, haben wir gesehen, und wir können es in folgender Weise resumiren.

Wir sprechen von Skrofulose, wenn bei einem jugendlichen Individuum auf Grund einer angeborenen oder erworbenen Minderwerthigkeit des Ernährungszustandes und Herabsetzung der Widerstandskraft, gleichviel welchen Ursprunges, sich Ekzeme der Haut und der benachbarten Schleimhautpartien mit ihren Folgeerscheinungen im Lymphsystem, sowie Entzündungen der Schleimhäute neben und nacheinander entwickeln, die sich durch Multiplicität, Chronicität und Neigung zu Recidiven auszeichnen.

Die Skrofulose ist somit keine Krankheit sui generis, sie besitzt keine specifischen anatomiſchen Substrate und Krankheitserreger; das Wort Skrofulose bedeutet für uns nichts weiter als eine bequeme Bezeichnung für einen Komplex von Erkrankungsformen, der sich unter gewissen Bedingungen zusammenfindet und ein typiſches Bild liefert.

In diesem Sinne und in diesem gegenüber der früheren Usance wesentlich eingeſchränktem Umfange können wir den Begriff der Skrofulose für die Praxis auch weiterhin beibehalten, ohne mit unseren heutigen pathologiſchen Anſchauungen in Konflikt zu gerathen.

Verschiedenes.

In einer kurzen Mittheilung berichtet J. Klüber (Erlangen) über einen Fall von **Formalinintoxication**, die in Anbetracht des häufigen Gebrauches von Formalin zu Desinfectionszwecken bekannt zu werden verdient. Es handelte sich um einen vorher völlig gesunden 47jährigen Mann, der plötzlich „vom Schlage gerührt“ worden sei. Es ließ sich auf chemiſchem Wege feststellen, daß er des Abends in Folge irgend eines Versehens an Stelle von Apenta eine mit Apenta verdünnte Formalinlösung eingenommen hatte. Er verfiel in einen soporösen Zustand, der eine ganze folgende Nacht hindurch anhielt wie infolge einer ſchweren Alkoholintoxication; zugleich bestand eine 19stündige Anurie, Röthung der Conjunctival- und Rachenſchleimhaut. Nach etwa 24 Stunden fühlte sich Patient wieder munter, abgesehen von einer ge-

wissen Euphorie, die dann gleichfalls nach einiger Zeit verfchwand. Der nach 19 Stunden zuerst ausgefchiedene Urin war hell, strohgelb und glich diabetifchem Harne, enthielt aber weder Eiweiss noch Zucker. Beim Erwärmen mit ammoniakalifcher Silbernitratlösung zeigte er eine Reduction, aus welcher Klüber auf Ameisensäure fchließen will.

(Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 41.)

Zur Technik der Patellarreflexprüfung. Von Dr. Walbaum (Harburg). Bekanntlich giebt es Fälle, in denen der Patellarsehnenreflex, obwohl vorhanden, sehr fchwer nachzuweisen ist. W. giebt ein Methode an, die in solchen Fällen den Nachweis sehr erleichtert. Man bringt das zu untersuchende Bein in eine der gebräuchlichen Lage d. h. man läßt es entweder über das andere fchlagen, oder man lä es in leicht-stumpfwinkliger Beugung auf die Erde setzen, während d Patient nur auf dem Rande des Stuhles sitzt. Soll der Reflex bei Be lage geprüft werden, so muß eine zweite Person das Bein in der Kn kehle von unten her in die Höhe heben und unterstützen. Man l nun die halbgefchlossene eine Hand mit mäßigem Druck so auf das untersuchende Knie, daß die Fingerkuppen auf dem Lig. patellare aufliegen, während der Daumen- und Kleinfingerballen auf dem ob Kniescheibenrande ruhen. Dadurch ist die Patella zwifchen Fin spitzen und Fleischpolster der Hohlhand eingeklemmt. Auf den Rü dieser Hand führt man jetzt einen kurzen leichten Schlag mit der Faust geballten andern Hand und wird bei erhaltenem Patellarr augenblicklich ein Vorspringen des Lig. patellare inf., das die Fort ung des Quadriceps darstellt, unter den Fingern fühlen. Es wird lich durch Vermittelung der bogenförmig gekrümmten Finger au untere Kniefcheibenband ein Schlag ausgeführt und außerdem die fcheibe durch einen kurzen Ruck nach unten gefchoben. Beide wirkungen, die gegebenenfalls fchon einzeln den Reflex auszulös Stande sind, addiren sich und lassen den Reflex um so sichere deutlicher erfcheinen. Die Vortheile der Methode sind nach W.: ist mindestens ebenso bequem wie nach der üblichen Methode un jedes Instrument auf's Leichteste auszuführen. 2) Jede kleinste R des Quadriceps, die mit dem Auge nicht mehr nachweisbar wäre sich mit dem empfindlichen Tastorgan der Fingerspitzen auf's lichste nachweisen. 3) Spannt der Pat. seinen Quadriceps auch geringem Maße, so empfindet dies der Untersucher sofort und sein Urtheil über den Ausfall der Reaction dementsprechend mod

(Deutsche med. Wochenschrift, 1900, No. 50.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in W
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in We

Der praktische Arzt.

Nro 2. IXL. Jahrgang 25. Februar 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber Bacterien bei Typhus und ihre praktische Bedeutung. — Ueber Erkrankung des Gehirns nach Trauma. Ueber gonorrhoische Nervenerkrankungen. — Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmäßiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narkose. Ueber Empyembehandlung. — Impression des vorangehenden Kopfes in Walcher'scher Hängelage. Ueber Herpes bei Frauen und seine Beziehungen zur Menstruation. Die Fehler der Saugflaschen und ihre Vermeidbarkeit. — Eine praktische Methode, um Kuhmilch leichter verdaulich zu machen. Eine neue Zuckerprobe für den praktischen Arzt. Ueber Salbenverbände zur Wundbehandlung.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber Bacterien bei Typhus und ihre practische Bedeutung. Von Dr. F. Neufeld (Berlin). (Deutsche med. Wochenschr., 1900, No. 51.) Typhusbacillen im Urin der Erkrankten wurden schon seit 1886 von verschiedenen Beobachtern aufgefunden, aber erst in den letzten Jahren wurden durch die Fortschritte der bacteriologischen Technik und Diagnostik derartige Befunde über jeden Zweifel erhaben. Petruschky untersuchte 50 Typhusfälle und fand darunter 3mal eine länger anhaltende Massenausscheidung von Typhusbacillen durch den Urin. In einem Fall enthielt 1 ccm Urin etwa 170 Millionen Typhusbacillen. Richardson fand die Typhusbacillen unter 37 Fällen 8mal im Urin; frühestens traten dieselben am 15. Krankheitstage, sonst erst von der vierten Woche an auf. Die Dauer der Ausscheidung war in der Mehrzahl der Fälle äußerst protrahirt. In einer zweiten Arbeit berichtet R. über die vorzügliche Wirkung des Urotropins in derartigen Fällen. In wenigen Tagen verschwinden bei interner Verabreichung des Urotropins die Typhusbacillen aus dem Urin. Indess die Wirkung ist nicht immer von Dauer; bei Aussetzen des Mittels treten manchmal die Typhusbacillen im Urin wieder auf. Auf Grund dieser Beobachtungen empfiehlt Richardson, allen Typhuskranken von der dritten oder vierten Woche ab Urotropin zu geben. In einer sehr eingehenden Arbeit hat in

neuerer Zeit Horton-Smith Beiträge zur Typhusbacteriurie, sowie eine Bestätigung der Urotropinwirkung gebracht. N. selbst stellte seine Beobachtungen über den Gegenstand im Berliner Institut für Infectionskrankheiten an; sein Material bestand nur aus 12 Typhusfällen, von diesen hatten drei eine durch Typhusbacillen bedingte Bacteriurie. Alle drei Male handelte es sich um eine plötzlich einsetzende Massenausscheidung mit deutlicher makroskopischer Trübung, wie sie ja auch nach den Berichten der andern Untersucher die Regel ist. Die Art der Untersuchung war höchst einfach. Der Urin wurde kurz nach der Entleerung untersucht; 1 ccm des durchgeschüttelten Urins wurde mit steriler Pipette entnommen und in einen Erlenmeyer'schen Kolben voll 100 ccm sterilisirten Wassers gebracht, hieraus nach kräftigem Schütteln wieder 1 ccm in ein zweites Kölbchen. Wenn man nun aus diesen beiden Verdünnungen sowie aus dem unverdünnten Urin je 0,1 und 1,0 mit Gelatine ausgießt, so erhält man sechs Platten, welche in genügenden Abstufungen zwischen 0,00001 und 1 ccm Urin enthalten. Vor dem Auszählen der Colonien wurde kurz ihre Natur als Typhusbacillen durch die Agglutinationsprobe gesichert. In zwei Fälle wurden 60 resp. 100 Millionen Typhusbacillen pro ccm in Urin gezählt. Auf Urotropin 5 : 150, 3mal tägl. ein Eßlöffel mehrere Wochen hintereinander gegeben, trat Heilung der Bacteriurie ein; in dem einen Fall machte ein Recidiv nach mehreren Wochen die erneute Darreichung von Urotropin nöthig. — Wenn die Typhusbacillen im Harn erscheinen, so ist ihr Auftreten meist plötzlich und in ungeheuren Menge so daß der Urin völlig getrübt erscheint; die Typhusbacillen sind meist als einzige Mikroorganismen in der Blase vorhanden. Der Urin ist sauer; er enthält entweder gar keine oder geringen, in viel selteneren Fällen reichlichen Eiter alsdann fehlen auch die sonstigen Symptome der Cystitis nicht. Die Infection des Urins scheint frühestens Ende der zweiten oder Anfangs der dritten Woche aufzutreten, meist jedoch erst später und häufig erst in der Reconvalescenz. Wenn eine Bacteriurie einmal eingetreten ist, so pflegt sie ohne Behandlung nicht so bald zu verschwinden, sondern bleibt oft Wochen und Monate, in Ausnahmefällen wohl auch Jahre lang bestehen. Die Bacteriurie tritt nur in einer relativ kleinen Anzahl von Fällen, ganz unabhängig von der Schwere der Erkrankung auf. Das Urotropin muß stets wochenlang, bis zur dritten oder vierten Woche der Reconvalescenz gegeben werden, weil sonst Rückfälle eintreten können. Die praktische Bedeutung der Bacteriurie bei Typhus liegt auf der Hand, sie bedingt eine große Gefahr der Weiterverbreitung des Typhus durch Verunreinigung der Flußläufe, des Trink- und Gebrauchswassers, um so mehr

als die Bacterienausscheidung durch den Urin in vielen Fällen erst in der Reconvalescenz auftritt und sehr lange anhalten kann. Der Urin muß daher in solchen Fällen stets sorgfältig desinficirt werden. Durch ein dergestalt durch reichliche Typhusbacillen inficirtes Wasser können dann explosivartig Typhusepidemien entstehen. Dabei halten sich die Typhuserreger im Wasser von Brunnen mindestens vier Wochen lang, wie N. mit Kübler in einem Falle nachweisen konnte. — In praktischer Hinsicht empfiehlt N. überall wo eine Trübung des Urins bei Typhus auftritt, ohne die bacteriologische Untersuchung, die ja oft unmöglich ist, abzuwarten, Urotropin zu geben und zwar bis zur vierten Woche der Reconvalescenz. Daneben ist auch der Urin sorgfältig zu desinficiren, ebenso die Uringefäße. Die Fäces sind selbstverständlich auch unschädlich zu machen. Auch für die Armee sind bei der Häufigkeit der Typhusepidemien im Heere, besonders zu Kriegszeiten, diese Maßregeln von großer Wichtigkeit.

II. Medicin.

Ueber Erkrankung des Gehirns nach Trauma. Von Dr. Köppen. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. XXXIII., Hft. 2.) Unter den zahlreichen, nach Unfällen entstandenen Neurosen heben sich die Neurosen nach Kopfverletzungen ganz scharf ab. Den Grund für die Besonderheit des klinischen Bildes gerade dieser Neurosen sucht K. darin, daß man es hier nicht eigentlich mit Neurosen zu thun hat, sondern mit organischen Gehirnleiden, die ihr anatomisches Substrat in feinen Veränderungen des Gehirns oder kleinen, einen beständigen Reiz ausübenden Narben haben. Er führt an einer Reihe sehr instruktiver Fälle den Nachweis, daß bei Gewalteinwirkungen auf den Schädel kleine Verletzungen an der Basis der Stirnlappen, an der Spitze der Schläfenlappen, sowie am Hinterhauptslappen überaus häufig sind und sich auch dann finden, wenn der Schädel selbst unverletzt geblieben ist. Aus solchen blutigen Infiltrationsherden entwickeln sich späterhin Narben resp. Defekte mit narbiger Umgebung. Das ausgetretene Blut bleibt entweder in Gestalt von Pigmentkörnern oder von sanguinolent gefärbten Massen aufgespeichert liegen, oder es wird vollkommen resorbirt, so daß das Fehlen von Blutspuren durchaus nicht gegen eine traumatische Entstehung der Narben zu verwerthen ist.

Die klinischen Korrelate der beschriebenen Verletzungen sind nicht immer deutlich ausgesprochen; K. ist geneigt, die

häufig vorkommende meningitisartige Symptome auf Rechnung der cerebralen Herde zu setzen. Manchmal kommt es bei solchen Traumatikern auch zu schweren Gehirnerscheinungen, zum Koma, ja sogar zum Tode, ohne daß ein anderer anatomischer Befund erhoben werden kann als kleine Zertrümmerungen basaler Rindentheile oder Vernarbungen. Es ist durchaus nicht nothwendig, daß trotz zahlreicher Läsionsherde im Gehirn sofort konkrete Hirnsymptome in die Erscheinung treten; dieselben können sich erst geraume Zeit später einstellen und dabei kann ihr Auftreten ein ganz plötzliches sein.

Die Demenz, die im Anschlusse an Kopfverletzungen auftritt, ist der einfachen Dementia paralytica nicht gleich zu setzen, obwohl beide Formen unverkennbare Aehnlichkeiten mit einander zeigen. Die allgemeinen Veränderungen, besonders an den Gefässen welche von Kronthal in Gehirnen, die vor längerer Zeit einem Trauma ausgesetzt waren, beschrieben worden sind, wurden auch von K. in einem Falle gesehen, fehlten dagegen in einer Reihe von anderen. Es ist daher zweifelhaft, ob solche Gefäßveränderungen eine nothwendige Folge eines Gehirntraumas sind, oder ob sie nur einen gelegentlichen Nebenbefund darstellen, um so mehr, als auch die universelle Arteriosklerose mit solchen weitverbreiteten Gefäßveränderungen einherzugehen pflegt.

Ueber gonorrhoische Nervenerkrankungen. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Eulenburg in Berlin. (Deutsche medicinische Wochenschrift No. 43, 1900.) Seit der Neisser'schen Entdeckung des Gonococcus hat die Nosologie der gonorrhoischen Erkrankungsformen eine völlige Umgestaltung erfahren. Während man früher besonders die Blennorrhoe der vorderen Harnröhrenabschnitte und als einzig sicher anerkannte Metastase die gonorrhoische Arthritis (Gonitis) zu berücksichtigen gewohnt war, scheidet man jetzt zunächst die gonorrhoischen Lokalaffecte beim männlichen Geschlechte schärfer in die gonorrhoische Urethritis anterior und posterior und beachtet die mit letzterer zusammenhängende gonorrhoische Prostatitis, Cystitis u. s. w. beträchtlich mehr. Weiterhin hat die Kenntniß der durch Invasion des Gonococcus erzeugten ascendirenden Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus eine ehedem ganz ungeahnte, unabsehbar anwachsende Bedeutung gewonnen; man hat die gonorrhoische Urethritis und Vaginitis, Cervicalkatarrh und Endometritis, die Adnexerkrankungen: Salpingitis, Pelveoperitonitis und Oophoritis in ihren aetiologischen Beziehungen allmählich klargelegt und die mannigfaltigen Krankheitsbilder der acuten und chronischen, der latenten und residualen Gonorrhoe dabei unterschieden. — Im ferneren Verlaufe

haben unsere Erfahrungen über die außerordentlich wichtigen Metastasen am Endocardium, sowie die Kenntnisse von den Beziehungen der Gonorrhoe zu mannigfaltigen Erkrankungen des Nervensystems, den sog. allgemeinen „functionellen" Neurosen, der Neurasthenie und der Hysterie einen bedeutenden Aufschwung genommen. Die Gonorrhoe des Endometriums und der Adnexe ist eine der Hauptursachen weiblicher Sterilität und damit zugleich eine Quelle schwerer functioneller Neurosen beim weiblichen Geschlecht. Beim Manne geben die chronischen Gonorrhoeformen zu der sexualen Neurasthenie, der männlichen Sterilität und consecutiv zu allgemeiner Neurasthenie und Hypochondrie Veranlassung. Außer diesen mehr allgemeinen functionellen Neurosen verdient aber mehr, als dies bisher geschehen ist, die Gruppe gonorrhoischer Folgezustände Beachtung, welche sich als localisirte Formen gonorrhoischer Nervenerkrankung bisher noch nicht einer solchen Aufmerksamkeit der Aerzte erfreut haben, als nothwendig ist, und wie sie den Erscheinungen der Nervensyphilis längst zu Theil geworden ist. — Auf Grund des bisherigen Beobachtungsmaterials lassen sich im wesentlichen folgende Haupttypen gonorrhoischer localisirter Nervenerkrankung unterscheiden:

1. Die auf Gonorrhoe beruhenden neuralgischen Affectionen — namentlich (aber keineswegs ausschließlich) die gonorrhoische Ischias.
2. Die auf Gonorrhoe beruhenden Formen der Muskelatrophie (resp. Dystrophie) und der atrophischen Lähmung.
3. Die gonorrhoische „Neuritis" im engeren Sinne (in ihren verschiedenen Formen, als Mononeuritis und Polyneuritis) und die gonorrhoische Myelitis.

Eulenburg's Beobachtungen erstrecken sich auf 14 mit Sicherheit hierher zu rechnende Fälle, worunter neun von gonorrhoischer Neuralgie, vier von gonorrhoischer atrophischer Muskel-Lähmung, und einen von gonorrhoischer Myelitis (resp. Polyneuritis und Poliomyelitis.) — Von den neun Fällen von gonorrhoischer Neuralgie sind acht im Gebiete des sacralen Nervenplexus, davon sechs im Hauptstamme des Ischiadicus, als echte „gonorrhoische Ischias" oder gonorrhoische Neuritis und Perineuritis-ischiadica, zwei dagegen auf den Ausbreitungsbezirk des einen Hauptendastes (Tibialis) begrenzt, wovon einer in der Form der Achillodynie. Der neunte Fall betraf das Gebiet sensibler Armnerven, insbesondere der Ausbreitungen des Radialis und Medianus. Uebrigens handelte es sich auch in den übrigen Fällen keineswegs um streng localisirte Neuralgien, sondern es waren — und das ist charakteristisch bei den gonorrhoischen Nervenerkrankungen — ausser dem

Ischiadicus auch noch andere Nervenbahnen neuralgisch afficirt. Die Neuralgien waren theils einseitig, theils doppelseitig und betrafen sämmtlich jüngere Männer im Alter von 21—38 Jahren. — In Bezug auf die Zeit des Auftretens nach der ersten gonorrhoischen Infection ließ sich viermal ein Intervall von 2—7 Monaten bestimmen, während es sich sonst um veraltete, oft schon jahrelang bestehende Tripper-erkrankungen handelte. Gonococcen konnten in der Mehrzahl dieser Fälle noch im Urethralsecret nachgewiesen werden. — Die zweite Kategorie, bei denen es sich um gonorrhoische Localerkrankungen in der Form von Muskelatrophie und atrophischer Lähmung handelte, umfasste 4 Fälle, die sich im Anschluss an gonorrhoische Arthritis oder im Verlaufe derselben zunächst wenigstens periarticulär, wenn auch weiterhin zum Theil in mehr diffuser Ausbreitung entwickelten. Allen diesen Fällen gemeinsam war auch, daß es sich dabei um verschleppte, chronisch gewordene, residuale oder recidive Formen gonorrhoischer Erkrankung handelte; in zwei Fällen ließen sich Gonococcen im Harn noch mit Sicherheit nachweisen. — Die dritte Gruppe, die gonorrhoische Myelitis, ist uns zuerst durch Stanley bekannt geworden, der einen Fall von Paralyse der Extremitäten auf Grund gonorrhoischer Infection beschrieben hat. Unter anderen Autoren hat auch v. Leyden gezeigt, daß manche ehedem als „Paraplegia urinaria" beschriebenen oder unter die unbestimmte Kategorie der „Reflexlähmungen" eingereihten Fälle der gonorrhoischen Myelitis zugetheilt werden müssen. Nach allen Beobachtungen scheint es daher nicht so ganz ausser dem Bereiche der Möglichkeit zu liegen, daß „taboide" Erkrankung durch Gonococcentoxin vorkommen kann. — In diagnostischer Hinschicht darf der Nachweis für den causalen Zusammenhang mit gonorrhoischen Infectionen nicht auf ein einzelnes Symptom (wie etwa auf den gleichzeitigen Gonococcenbefund) ausschliesslich gestützt, sondern muß vielmehr von Fall zu Fall, den jedesmaligen Umständen entsprechend, begründet werden. Es lassen sich dabei folgende Momente verwerthen: 1. Noch fortdauernder Gonococcenbefund im Urethralsecret, neben Fortbestehen gonorrhoischer Urethritis und sonstiger Localaffecte. 2. Gonococcen zwar nicht mehr nachweisbar, aber Fortbestehen oder zeitliches Voraufgehen gonorrhoischer Urethritis (und sonstiger Localaffecte) in ihren verschiedenen Formen und Stadien, als acute und chronische catarrhalische Urethritis, als Urethritis posterior mit consecutiver Prostatitis und Cystitis u. s. w.; 3. gleichzeitiges Vorhandensein anderweitiger Localisationen und Metastasen, Epididymitis, Endometritis und Adnexerkrankungen, vor allem gonorrhoischer Endocarditis und Arthritis (sei es als Mono- oder als Polyarthritis), sowie

anderweitiger „Rheumatoid"-Erkrankungen an Sehnenscheiden, Schleimbeuteln, Lymphgefäßen und Muskeln (Lymphangitis; sclerosirende Myositis); endlich 4. gewisse symptomatische Eigenthümlichkeiten der betreffenden Nervenaffection selbst. Die neuralgische Erkrankung erscheint vorzugsweise in der Form der Ischias, unter oft gleichzeitiger Betheiligung anderer lumbosacraler Nervenbahnen, besonders der Genitalnerven seltener auch sensibler Armnervengebiete; bei jugendlichen Individuen in Form plötzlicher heftiger Schmerzparoxysmen; ohne Nachweisbarkeit anderweitiger ätiologischer Momente als eben der voraufgegangenen oder noch fortbestehenden gonorrhoischen Infection mit ihren Complicationen und Metastasen; nicht selten endlich gepaart mit sexualneurasthenischen oder allgemein neurasthenischen Phänomenen. Für die Formen der Muskelatrophie und atrophischen Lähmung kommt diagnostisch zumeist in Betracht, daß sie sich augenscheinlich vorzugsweise an die gonorrhoischen Gelenklocalisationen, namentlich im Schultergelenk und Kniegelenk, anschließen und hier zunächst circumscript als periarticuläre Muskelatrophie oder atrophirende Myositis, zum Theil wohl auch als neuritische Atrophie auftreten. — Endlich für die gonorrhoischen Formen der Rückenmarkserkrankung dürfte auch der Umstand in Betracht kommen, daß sie klinisch mit dem Symptomenbilde der Hinterstrangdegeneration mehrfach eine gewisse oberflächliche Aehnlichkeit darbieten können, sich aber doch einerseits in der Regel durch ein stärkeres Mitergriffenwerden der motorischen Sphäre, in Form von Muskelatrophie auf degenerativ-neuritischer oder poliomyelitischer Grundlage, andererseits durch das Fehlen der oculopupillären Symptome, sowie durch den gesammten Verlauf wesentlich unterscheiden. — Die Prognose ist nicht ungünstig. — Hinsichtlich der Behandlung lassen sich allgemeine Vorschriften natürlich nicht geben, man muß hier von Fall zu Fall individualisirend den vorliegenden Indicationen genügen. In den von Eulenburg dieser Abhandlung beigegebenen Krankengeschichten finden sich als Therapie meistens hydrotherapeutische Maassnahmen, wie Einpackungen, Thermalbäder, ferner einfache und electrische Massage, Aufenthalt an klimatischen Curorten u. s. w. erwähnt. Von Medicamenten hat sich das Jodipin bewährt, namentlich in der Form subcutaner Injection des 10% (oder 25%) Jodipins, zu 5.0 pro dosi, in der Regel einmal täglich, während die innere Dosis das doppelte und dreifache zu betragen pflegt.

(Die ärztliche Praxis.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Wie erreicht man am besten ein tiefes, regelmässiges und ruhiges Athmen zu Beginn der Narkose? Von Dr. C. Hofmann. (Centrlblt. f. Chirurg. 3. 01.) Wenn die Narkosenfrage immer wieder Gegenstand der Erörterung wird, und wenn immer wieder persönliche Erfahrungen und Anſchauungen von den Einzelnen mitgetheilt werden, so hat dies seinen guten Grund einmal in der allgemeinen Wichtigkeit der ganzen Sache, sodann aber auch in dem Umstande, daß über specielle Fragen keineswegs die gleiche Auffassung herrſcht. Zur Klärung der Art und Weise der Darreichung besonders des Chloroforms hat die Ventilation der Frage in den letzten Jahren wesentlich beigetragen, und es dürfte heute die Tropfmethode wohl allgemeine Anerkennung gefunden haben; ja es ist sogar in sehr ſcharfsinniger Weise mit Hilfe von exakt gehenden Apparaten (Geppert) in dankenswerther Weise der Versuch gemacht worden, einen ganz gleichmäßigen Strom von Chloroformdämpfen dem zu Betäubenden zuzuführen.

Dieses Bestreben beruht auf der richtigen, auch ſchon bei dem gleichmäßigen Auftropfen praktiſch mehr oder minder zur Geltung kommenden Erkenntniß, daß es für eine gute Narkose nothwendig ist, nicht ſchubweise, womöglich unter Beeinflussung des Luftzutritts, im Uebermaß das Narkoticum zuzuführen — das abſchreckendste Beispiel hierfür ist die Aethererstickungsmethode —, sondern stetig und in gleichmäßiger Miſchung die Narkotisirungsdämpfe mit der Luft einathmen zu lassen. Diese Methode ist von der Aethererstickungsmethode dadurch principiell verſchieden, daß sie nicht etwa das Einathmen der Luft durch concentrirte Aetherdämpfe stark vermindert oder fast ausſchließt — glücklicherweise legen sich die Masken nie so luftdicht aufs Gesicht auf, daß sie den Luftzutritt ganz verhinderten und nun in der That eine wirkliche Erstickung herbeiführten — sondern sogar erst recht neben einem geringen Gehalte an Narkotisirungsdämpfen atmosphäriſche Luft zutreten läßt.

Vollkommen würde die Methode nach dieser Richtung hin sein, wenn es möglich wäre, dieses konstante Gemiſch von Luft und Chloroformdämpfen nicht nur bis zum Anfange des Repirationstractus — Mund und Nase — zu führen, sondern auch wirklich den Lungen im Gleichstrome einzuverleiben. Leider ist dies aber nicht zu erreichen, da man an diesem Punkte auf die individuelle Mitwirkung des Pat. angewiesen ist. Athmet derselbe in seiner immerhin begreiflichen Erregung, in die ihn die bevorstehende Operation versetzt hat, nur sehr oberflächlich, unregelmäßig, sich mehr oder weniger gegen die Einathmung des Narkoticums sträu-

bend, dann wird in der Zeiteinheit nicht gleich viel Narkoticum eingeathmet, und in den Athmungspausen, um einmal so zu sagen, verdunstet einfach das aufgetropfte oder sonst zugeführte Narkoticum in den freien Raum. Das Endresultat ist dann: wir wissen wohl, wie viel vom Narkoticum am Schlusse verbraucht, aber nicht, wie viel wirklich den Lungen bezw. dem Blute zugeführt worden ist.

Um trotzdem den Zweck der möglichst gleichmäßigen Aufnahme des Narkoticums zu erreichen, müssen wir also persönlich auf den Pat. bezw. auf seine Athmung einwirken; sie regelmäßig, tief, gleichmäßig und ruhig zu gestalten, ist unsere Aufgabe. Wie erreichen wir dies?

Nach vielen Versuchen ist H. auf ein sehr einfaches — für Manchen vielleicht auf den ersten Blick zu einfaches — aber sehr wirksames Auskunftsmittel gekommen; er lässt rückwärts zählen und zwar mit einer mindestens dreistelligen Zahlenreihe beginnend, etwa von 200 abwärts. Dadurch erreicht man, schon weil die größere Zahl schwieriger auszusprechen ist und längere Zeit beansprucht, daß zwischen jeder Zahl geathmet wird; fordert man noch den Kranken auf, recht langsam zu zählen, eine Forderung, die in der Schwierigkeit des Rückwärtszählens überhaupt eine natürliche Unterstützung findet, so kann der Pat. nicht anders als jedes Mal Luft zu holen. Daneben verlangt das ungewohnte Rückwärtszählen eine solche Concentration der Gedanken, daß bei dem Pat. eine außerordentlich wirksame Ablenkung von der bevorstehenden Operation und somit eine vorzügliche Gemüthsruhe — besonders bei Patientinnen nicht zu unterschätzen — bewirkt wird. Diese Ruhe beeinflußt ihrerseits wiederum aufs allergünstigste die Regelmäßigkeit und Tiefe der Athemzüge, die Vorbedingung für die gleichmäßige, ununterbrochene Einverleibung des Narkoticums.

Man könnte einwenden, daß man sehr aufgeregte Individuen überhaupt nicht dazu bringt, zu zählen. Gewisse Geduld und geschicktes Zureden von Seiten des Narkotiseurs versagen hier nach seiner Erfahrung nie. Er glaubt sogar eine größere Bereitwilligkeit für das Rückwärtszählen — offenbar wirkt hier der Reiz des Ungewöhnlichen mit — als für das gewöhnliche Zählen bemerkt zu haben.

Es hieße nun den aus diesem beschriebenen Modus hervorgegangenen Vortheil aufs Spiel setzen, wenn man ihm die Art der Darreichung des Narkoticums nicht anpassen würde. Ein rasches, unsanftes Aufdrücken der mit Aether oder Chloroform vollgegossenen Maske würde sich mit der bisher ruhigen Art der Einleitung der Narkose nicht vertragen; das Zählen würde unterbrochen werden, bei Verwendung von Aether würde Husten entstehen, Unruhe, Anhalten des Athems, Klagen über den scheußlichen Geruch des Chlo-

roforms bei Verwendung desselben etc. Eine wirklich ruhige Narkose käme nicht zu Stande.

Läßt man dagegen zuerst ½ bis 1 Minute zählen, ohne einen Tropfen auf die bereits aufs Gesicht gelegte Maske zu geben, und fängt dann an, vorsichtig einen Tropfen nach dem anderen mit allmählich etwas zunehmender Geschwindigkeit auftropfen zu lassen, dann wird der Uebergang vom Einathmen reiner Luft zum Einathmen von Luft und Narkoticum entweder vom Pat. gar nicht bemerkt oder wenigstens nicht unangenehm empfunden.

Mit dem Schwinden des Bewußtseins wird die Athmung natürlicherweise auch sonst ruhig und gleichmäßig, und selbst ein sehr kleiner, frequenter Puls bessert sich bei Eintritt der Narkose oft in überraschender Weise; aber gerade dieses Verhalten legt uns erst recht die Pflicht auf, in dem vorausgehenden Stadium, demjenigen der Einleitung der Narkose, auf künstliche Weise die Athmung und mit ihr auch den Puls ähnlich und somit günstig zu gestalten.

Ueber Empyembehandlung. Von Dr. Eduard Martin. (Wien. med. Blätter, No. 2, 1901.) Ehe wir auf die Besprechung der chirurgischen Behandlung des Empyems eingehen, wollen wir mit einigen Worten die Prophylaxe dieser Erkrankung berühren. Es ist bekannt, daß in dieser Beziehung von manchen Seiten betont wurde, daß die Prophylaxe gegenüber der Entstehung eines Pleuraempyems mit der rationellen Behandlung der exsudativen Pleuritis insofern zusammenfällt, als die möglichst rasche Beseitigung eines pleuralen Ergusses die Entstehung eines Empyems aus einem solchen hintanhält. Die extremsten und zu radicalem Handeln geneigten Therapeuten hielten in dieser Hinsicht selbst mit dem Vorschlage nicht zurück, zum Zwecke der Prophylaxe des Empyems die prompte continuirliche Drainage eines jeden entzündlichen nicht eitrigen Pleuraergusses vorzunehmen, sobald das Vorhandensein eines solchen festgestellt ist. Ohne diese Auffassung theilen zu können, muß man doch die Richtigkeit der Motivirung in der Richtung zugeben, daß, trotzdem solche Ergüsse wohl in der großen Mehrzahl der Fälle aufgesaugt werden, viele von ihnen lange Zeit hindurch unverändert bestehen bleiben als ein außerordentlich günstiger Boden für eine künftige Infection und für die Ausbildung eines Empyems. Aus diesem Grunde wollen manche die Entleerung einer Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraume unbedingt vornehmen, weil dieselbe leicht ausführbar und verhältnißmäßig ungefährlich ist, weshalb für die Verschiebung eines activen Eingreifens, bis sich eine eitrige Pleuritis ausgebildet haben sollte, kein Anlaß vorliegen solle.

Es hat gewiß als ein noch in das Gebiet der Prophylaxe gehöriges Moment zu gelten, daß eine jede Punction oder Aspiration unter allen Umständen nach den Regeln strengster Antisepsis zu erfolgen habe. Ein oder das andere Moment bezüglich der Technik dieses an sich unbedeutenden chirurgischen Eingriffes soll hier darum Erwähnung finden, weil dieselben häufig außer Acht gelassen werden. Die Punctionsstelle soll sich unter gewöhnlichen Umständen im achten Intercostalraume, etwas nach vorne von der Scapularlinie befinden. Eine genügende Anästhesirung kann durch Infiltration einer Cocainlösung (1 : 500), durch eine Aether-Salzmischung, oder besser durch Aufspritzen von Aethylchlorid erzielt werden. Die Punctionsnadel soll nicht direct durch die Haut eingestochen, sondern diese zuerst mittelst eines schmalen Messerchens eingeschnitten werden. Es soll auf diese Weise am ehesten vermieden werden, daß von der Haut aus infectiöse Keime in den pleuralen Erguß übertragen werden. Die Nadel soll ferner entlang dem oberen Rande der Rippe eingestochen und die Aspiration nicht zu rasch vorgenommen werden. Ist der Erguß ein großer, so soll man darauf achten, den Kranken nicht zu stark nach der gesunden Seite hinüberzudrehen.

Sammelt sich nach wiederholten Aspirationen der Erguss immer wieder von Neuem an, so ist, ebenso wie im Falle eines Empyems, die continuirliche Drainage indicirt. Nachdem die Haut indicirt wurde, sticht man behufs Punction der Pleura einen Troicart, entsprechend der Stärke einer französischen Sonde No. 16 ein. Der Troicart wird zurückgezogen und ein Drainrohr von solcher Stärke eingelegt, wie es durch die Canüle eben passirt; hernach wird auch die Canüle zurückgezogen und das Drainrohr an Ort und Stelle belassen, schließlich eine continuirliche Syphondrainage angelegt, wie im Falle eines Empyems. Eine einfache Incision und Drainage reicht in einem solchen Falle wohl auch aus.

Wenn sich die Diagnose auf den eitrigen Charakter des flüssigen Inhaltes der Pleurahöhle stellen läßt, dann ist die Indication für einen chirurgischen Eingriff in dringender Weise gegeben. Unter solchen Umständen würde das Zuwarten keinen ersprießlichen Vortheil bringen. Obwohl die Chirurgen darin vollkommen übereinstimmen, daß man eine derat inficirte Pleurahöhle eröffnen und drainiren solle, so herrschen doch abweichende Anschauungen in der Richtung, an welcher Stelle man eingehen solle, auf welchem Wege dies zu geschehen habe und welche Art der Drainirung die beste sei.

Der Ort der Wahl liegt im achten Intercostalraume in einer Linie abwärts von der hinteren Achselfalte. Bei circumscripten Ergüssen, wie beispielweise bei solchen,

welche interlobulär gelegen sind, variirt die Einstichstelle entsprechend dem Sitze der Eiteransammlung. Die Methode der Eröffnung und der darauffolgenden Versorgung der Drainage variirt gleichfalls je nach den vorliegenden Verhältnissen.

In verhältnissmäßig frischen Fällen, bei denen die Intercostalräume etwas erweitert und die betreffende Seite gewölbt ist, glaubt M., daß man die besten Resultate mit Bühlau's continuirlicher Heberdrainage erzielt. Diese Methode hat seiner Erfahrung nach, trotzdem sie vielfach als ungeeignet verworfen wurde, sehr befriedigende Resultate zu verzeichnen. Die Haut wird eingeschnitten und im achten Intercostalraume, am Orte der Wahl, Troicart und Canüle von etwa Kleinfingerstärke nach oben und innen vorgeschoben, bis er den Sitz der Eiterhöhle erreicht, wobei der Schnittrand der Hautwunde von der unteren Rippenfläche abgezogen wird. Der Troicart wird hernach herausgezogen und durch die Canüle gleichzeitig ein Gummirohr von der Stärke des Troicarts durchgeführt. Dieses Rohr hat eine Länge von 3—4 Fuß, ist an seinem Ende abgeklemmt und trägt zwei und vier Zoll vor seinem Ende deutlich sichtbare Markirungen. Nachdem auf die beschriebene Art das Rohr in die Thoraxhöhle eingeführt wurde, wird die Canüle herausgezogen und über jenes bis an die Klammer herabgeschoben; letztere wird dann zwischen Canüle und Thorax angelegt, die Canüle gänzlich vom Rohre herabgezogen und dieses mit einem Glasrohre in Verbindung gesetzt, welches den Kork einer bis zu einem Viertel mit einer antiseptischen Lösung gefüllten Flasche durchbohrt und nahe bis an die Oberfläche heranreicht. Ein kurzes Stück Glasrohr ist durch eine zweite Bohrung des Korkes durchgesteckt. Durch die am Thoraxende des Kautschukrohres vorhandene Markirung kann die Länge jenes Stückes bestimmt werden, welches sich innerhalb des Brustraumes befindet. Das Ende desselben soll gerade in die Eiterhöhle eintauchen. Nachdem diese Anordnung hergestellt und das Rohr mittelst Verbandstreifen und Heftpflaster an der Haut gesichert wurde, öffnet man die das Drainrohr verschließende Klammer, stellt die Flasche zwei bis drei Fuß unterhalb des Thorax, worauf dann die Drainirung des Eiters in Gang kommt. Ist die Eiteransammlung eine beträchtliche, dann erfolgt die Drainirung in so rapider Weise, daß man das Kautschukrohr abklemmen und die Flasche nach fünf bis zehn Minuten mehrmals entleeren muß. Diese Methode regt die Lunge dazu an, sich auszudehnen und die Stelle des entleerten Eiters einzunehmen, da in den Pleuraraum keine Luft eindringen kann und die zwei bis drei Fuß hohe Flüssigkeitssäule eine constante Saugwirkung ausübt. So-

bald als möglich bestimmt man den Kranken dazu, das Bett zu verlassen; er trägt dann eine kleine Flasche an den Kleidern befestigt, in Kniehöhe, oder selbst bis an den Knöchel herabhängend. So wird im Wachen und im Schlafe, beständig den ganzen Tag über eine Wirkung in dem Sinne ausgeübt, daß die Lunge wieder zur Entfaltung gelangt.

Die Vortheile dieser Methode bestehen darin, dass sie einfach und rein ist; sie kann, trotzdem das Einstechen des starken Troicarts durch den Intercostalraum immer schmerzhaft ist, ohne Anästhesirung ausgeführt werden und bietet die möglichst günstigen Bedingungen für eine vollständige Expansion der Lunge und auf diese Weise eine Obliteration der Eiterhöhle auf dem erwünschten Wege.

Der einzige Nachtheil der Methode ergiebt sich aus der Thatsache, daß das Rohr mitunter durch fibrinöse Partikel verstopft, oder zuweilen durch Contraction der Brustmuskeln und durch Druck der Rippen comprimirt wird. Diese beiden Schwierigkeiten werden dadurch leicht umgangen, daß man von einer Rippe ein Stück von etwa 3 cm Länge resecirt, so daß dann ein Drainrohr von der Stärke der gesetzten Oeffnung bequem Platz findet.

In der Regel verdanken die durch eine Curvatur der Wirbelsäule und Deformität des Thorax complicirten alten Empyeme ihre Entstehung entweder dem Umstande, daß der Arzt den Zustand nicht richtig diagnosticirt, oder der Chirurg nicht in geeigneter Weise und frühzeitig eingegriffen hatte. Die Operation wegen chronischen Empyems mit enormer Verdickung der Pleura besteht in mehr oder minder ausgedehnter Rippenresection, entsprechend dem Umfange der Cavität, welche zur Obliteration gelangen soll. Kleine Hohlräume bei jungen Personen können gewöhnlich mittelst geringer Resection und Ausstoptung mit Gaze zur Heilung gebracht werden: große Cavitäten bei vollkommener Contraction der Lunge dagegen durch ausgedehnte, selbst die ganze Thoraxhälfte betreffende Resectionen. Diese Resection umfasst die Rippen, die Muskeln und die mächtig verdickte Pleura parietalis; der zurückbleibende Hohlraum wird so weit als möglich durch einen großen Lappen aus Haut und subcutaner Fascie gedeckt. Auch bei der Obliteration von kleineren Cavitäten reicht oft die Rippenresection allein nicht aus; das Periost der Rippen und die verdickte Pleura der Thoraxwand bilden die äußere Begrenzung dieser Hohlräume und müssen entfernt werden, ehe eine endgiltige Heilung zu erwarten ist. In solchen alten Fällen ist jede Hoffnung, die Eiterhöhle zum Verschlusse zu bringen, indem die Lunge zur Entfaltung kommt, vergeblich und die Bemühungen des Chirurgen sind blos darauf

beschränkt, die knöcherne Brustwand zu entfernen, damit dadurch die Weichtheile einsinken können. Aber selbst in solchen Fällen, oder sicherlich in manchen davon, besteht die begründete Aussicht auf eine theilweise Wiederherstellung eines normaleren Zustandes, seit Delorme gezeigt hat, daß eine durch fibrinöse Ablagerungen monate-, selbst jahrelang retrahirt gewesene Lunge sich noch ausdehnen kann, wenn diese unvollständig organisirten Ablagerungen ausgeschält werden. Seine Methode besteht in der Anlegung eines Fensters in der Brustwand, in der Spaltung und Ablösung der die Lunge bedeckenden, verdickten fibrinösen Exsudatmassen, in der Einlegung eines Drainrohres und der Verschließung der Oeffnung ohne eine Knochenresection. Er hat auch eine Anzahl auf diese Weise erfolgreich behandelter Fälle mitgetheilt. Diese ganz ausgezeichnete Operation hat nicht jene Aufmerksamkeit auf sich gelenkt, welche der Bedeutung ihres Urhebers und den vorzüglichen Resultaten, welche sie in seinen Händen zu verzeichnen hatte, zukam. Trotzdem kann erfreulicherweise darauf hingewiesen werden, daß einige Chirurgen seine Beobachtungen zu bestätigen in der Lage waren.

Kiliani berichtet über einen Fall eines 9 Jahre alten Kindes, welches nach einer Pneumonie an einem totalen Empyem von zwanzigmonatlicher Dauer gelitten hatte. Zuerst wurde eine Punction, danach eine Thoracotomie vorgenommen, bei welcher eine große Menge Eiter entleert wurde. Einige Monate später wurde die siebente, achte und neunte Rippe resecirt und abermals etwa zwei Liter reinen Eiters entleert. Die Lunge erwies sich auf dieser Seite vollständig comprimirt. Das Kind nahm sehr rasch an Gewicht und Körperkräften zu, es blieb jedoch eine große Höhle zurück, welche eigentlich die ganze rechte Thoraxhälfte darstellte. Es wurde nun die von Delorme angegebene Operation ausgeführt. Es wurde ein Lappen gebildet, der sich von der mittleren Axillar- bis zur Mamillarlinie erstrekte, und dieser wurde nach vorne umgeklappt. Die Pseudomembranen wurden zum Theile abgeschält und zum Theile von der benachbarten Lunge abgerissen. Dies war ungemein schwer, insbesondere an den die einzelnen Lungenlappen von einander trennenden Spalten. Die Lungensubstanz war bis zu einem gewissen Grade eingerissen und es bestand leichte Blutung aus Mund und Nase. Sobald die Pseudomembran entfernt war, begann sich die Lunge sogleich auszudehnen, bis sie schließlich bei Beendigung der Operation den Brustraum thatsächlich ausfüllte und normale respiratorische Bewegungen ausführte. Der parietale Lappen wurde wieder an Ort und Stelle zurückgebracht und ein Drainrohr am unteren Winkel eingelegt. Die Wunde war

binnen vier Wochen vollständig geschlossen. Die Auscultation und Percussion zeigte, daß die Lunge wieder vollständig den Thorax ausfüllte, der auf der erkrankten Seite eine geringere Capacität besaß wegen der vorausgegangenen Rippenresection und der dadurch entstandenen Scoliose.

Die Behandlung der Empyeme zusammenfassend, können wir die folgenden Schlußsätze aufstellen:

1. Ein Empyem könnte man am leichtesten dadurch verhüten, daß man jeden beträchtlicheren Flüssigkeitserguss entzündlichen Ursprunges sogleich vollständig entleert.

2. Bei der Diagnose solcher Ergüsse mittelst explorativer Aspiration soll die Haut mittelst des Tenotoms an der Stelle, wo die Nadel eingestochen werden soll, punctirt werden.

3. Seröse Ergüsse werden am besten mittelst Aspiration entleert. Wenn sich dieselben nach der drittmaligen Entleerung wieder ansammeln, so sollen sie der continuirlichen Syphondrainage unterworfen werden. Die Punction soll mittelst eines dünnen Troicarts und Canüle vorgenommen werden, wobei letztere eine solche Weite besitzen muß, daß ein enges Drainrohr durch dieselbe hindurchgezogen werden kann.

4. Frische Empyeme behandelt man am besten mittelst continuirlicher Syphondrainage, wobei das Rohr durch eine Canüle von mindestens Kleinfingerdicke im Durchmesser eingeführt wird.

5. Wenn die so angelegte Heberdrainage wegen Enge des Zwischenrippenraumes oder wegen beständiger Verlegung mit fibrinösem Materiale ungeeignet erscheint, so soll ein etwa 3 cm großes Stück einer Rippe (gewöhnlich der siebenten oder achten) resecirt und ein Drainrohr von dem Durchmesser der angelegten Oeffnung angewendet werden.

6. Sind die Verhältnisse derart, daß es durchaus unmöglich ist, daß sich die Lunge unter dem Einflusse der Syphondrainage und von Athmungsübungen wieder expandirt, soll Delorme's Operation versucht werden, mittelst deren die Pseudomembranen von der comprimirten Lunge abgeschält werden.

7. Wenn die Operation nach Delorme unausführbar ist, so wird eine Rippenresection (nach Estländer) oder eine Resection der Brustwand sammt der verdickten Pleura (nach Schede) je nach der Ausdehnung des darunter befindlichen Hohlraumes indicirt sein.

IV. Geburtshilfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Impression des vorangehenden Kopfes in Walcher'scher Hängelage. Von Dr. Heinrich

Cramer. (Münch. med. Wochenſchrift, 1901, No. 2.) Die Unterſtützung der austreibenden Kräfte bei der Geburt durch Druck von außen wurde zuerst von Kristeller (1867) zu einem wissenſchaftlich und praktiſch begründeten Verfahren erhoben. Hofmeier zeigte ſpäter, daß man durch einen isolirten Druck auf den vorangehenden Kopf relative mechaniſche Hindernisse, die der Beckeneingang dem Kopf entgegenstellt, überwinden könne. Einige Jahre darauf (1885) machte Müller darauf aufmerksam, daß man dieses Einpressen des Kopfes in den Beckenkanal ſchon in der Schwangerſchaft zu diagnostiſchen Zwecken verwerthen könne, um eine sichere Vorstellung von dem Verhältniß der Größe des kindlichen Kopfes zur Weite des mütterlichen Beckens zu gewinnen. Er wollte so eine Prognose für die Geburt stellen, vor allem aber gewann er aus diesem Verfahren eine stricte Indicationsstellung für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt. In ein neues Stadium trat diese Frage, als Walcher (1889) gezeigt hatte, daß in der Rückenlage mit herabhängenden, auswärts rotirten Oberſchenkeln der Beckeneingang sich erweiterte; durch die Walcher'ſche Hängelage wird das Mißverhältniß zwiſchen Kopf und Beckeneingang auf das möglichste Mindestmaß beſchränkt. Straßmann sprach auf Grund dieser Erwägung als Erster den Satz aus, daß an die Stelle des Zangenversuchs bei hochstehendem Kopf stets der Versuch der Impression des Kopfes in Walcher'ſcher Hängelage gesetzt werden müsse Mißlingt die Impression, so ist auch die Anlegung der Zange vergeblich. Als Vorbedingung für die Wirksamkeit der Walcher'ſchen Hängelage wird ziemlich übereinstimmend von verſchiedenen Autoren angegeben: Die Weichtheile sollen genügend erweitert, die Portio soll verstrichen und die Blase soll gesprungen sein. Hierzu fügt Straßmann noch als Vorbedingung für die Impression des Kopfes, daß ein größeres Segment desselben im Beckeneingang feststehen soll und ein räumliches Verhältniß zwiſchen Kopf und Becken besteht, welches voraussichtlich den Durchtritt des unverkleinerten Schädels gestattet. Ferner stellte Hofmeier den Grundsatz auf, daß die Impression nur dann vorzunehmen ist, wenn die prophylactiſche Wendung nicht möglich ist. Für die Ausführung des Verfahrens ist tiefe Narcose erforderlich. Hofmeier empfahl den Druck in der Weise mit einer Hand auszuüben, daß die Fingerspitzen auf die eine Seite, der Daumen auf die andere Seite des Kopfes zu liegen kommt. Die Kraft, die man so zu entwickeln vermag, beträgt nur 16—20 Kilo. Straßmann legt die Fingerspitzen beider Hände auf die über dem Becken fühlbaren Schädelhälften; dabei steht der Geburtshelfer zur Seite oder zwiſchen den Beinen der Gebärenden. C. em-

pfiehlt den Druck nicht mit den Fingerspitzen, sondern mit den geballten Fäusten beider Hände vorzunehmen. Der Druck mit der vollen Faust ist viel schonender, weil er sich auf eine größere Fläche vertheilt, man gleitet nicht so leicht ab wie mit den Spitzen der Finger, vor allem ist die Druckkraft, welche man auf diese Weise auszuüben vermag, eine sehr bedeutende, sie beträgt, wie C. durch Messungen festgestellt hat, 70—90 Kilo. In der Walcher'schen Hängelage kann der Druck gerade von oben nach unten ausgeübt werden, weil infolge der starken Lordose der Lendenwirbelsäule und des Herabhängens der Oberschenkel der Beckeneingang annähernd in der Horizontalebene steht. Wenn es möglich ist, betheiligen sich zwei Personen an der Impression in der Weise, daß die eine drückt, während die andere den Erfolg des Druckes durch eine innere Untersuchung gleichzeitig controllirt. Steht eine solche Assistenz nicht zur Verfügung, so legt man ein reines, in Sublimatlösung getränktes Handtuch auf den Bauch der Frau und übt die Impression mit desinficirten Händen über dem Tuche aus. So ist man in der Lage, in jedem Augenblick den Erfolg durch die innere Untersuchung selbst zu constatiren. In den meisten Fällen wird man schon während der Ausübung des Druckes auch ohne innere Untersuchung beurtheilen können, ob der Kopf in's Becken eintritt oder nicht. — Man wird zunächst auf der Seite des Hinterhauptes den stärkeren Druck ausüben, da dieser als der voluminöseste Theil des Kopfes auch das größere Hinderniß für den Eintritt ins Becken darbietet; bei hinterer Scheitelbeinstellung, bei welcher der Kopf an der Symphyse aufgehalten wird, empfiehlt es sich, von vorn nach hinten zu drücken; bei vorderer Scheitelbein-Einstellung muß man versuchen, den Druck möglichst auf die nach hinten gelegene Hälfte des Schädels wirken zu lassen. Hat der Druck von außen den gewünschten Erfolg gehabt nnd befindet sich der Kopf im kleinen Becken, so ist die Geburt stets sofort mit der Zange zu beendigen, was bei der Erweiterung der Weichtheile und dem Tiefstand des Kopfes keine Schwierigkeit mehr macht. — Als Contraindication gegen das Verfahren giebt Straßmann jetzt starke Ausziehungserscheinungen und drohende Uterusruptur an. C. selbst hat das Verfahren in sechs Fällen in der Bonner Frauenklinik ausgeführt. In allen Fällen war sehr lange Wehenthätigkeit vorausgegangen, die Ausziehungserscheinungen waren theilweise sehr bedrohlich. Trotz Anwendung starker Kraft wurde in keinem Falle irgend eine Schädlichkeit für die Mutter beobachtet. Die Gefahr, welche die Impression des vorangehenden Kopfes in sich birgt, ist auf Seiten des Kindes Schädelfractur; solche trat jedoch in keinem Fall der Bonner Klinik ein;

die Kinder kamen unbeschädigt zur Welt. Auf Seiten der Mutter kommt vor allem Uterusruptur in Betracht. C. hat solche nie gesehen, während Geßner einen Fall von Uterusruptur auf Rechnung der Impression setzt. C. glaubt, daß im Gegentheil das untere Uterinsegment entlastet und der Druck auf das knöcherne Becken verlegt wird. Eine Symphysenruptur wäre allerdings denkbar; aber solche kommt auch bei der hohen Zange und bei spontan verlaufender Geburt vor. C. sieht in der Impression des vorangehenden Kopfes in Walcher'scher Lage vor allem ein Mittel, um die Frage strict zu entscheiden, ob die Geburt des unverkleinerten Schädels per vias naturales möglich ist oder nicht. Erkennt man unter den oben angegebenen Vorbedingungen die Impression des vorangehenden Kopfes in Walcher'scher Hängelage als ein kunstmäßiges, den anderen geburtshilflichen Operationen gleichberechtigtes Verfahren an, dann ist die Zange am hochstehenden Kopf ein Kunstfehler. Bei mißlingender Impression hat man eine stricte Indicationsstellung für die Perforation oder Symphyseotomie und Kaiserschnitt.

Ueber Herpes bei Frauen und seine Beziehungen zur Menstruation. Von Dr. Levin. Deutsche med. Wochenschrift 47—48/1900. Das Auftreten verschiedenartiger Hauteruptionen zur Zeit der Menstruation ist von Alters her von Aerzten und Laien beobachtet und mit mehr oder weniger Berechtigung in einen ursächlichen Zusammenhang gebracht worden. Diese Eruptionen, welche gewöhnlich unter dem Namen der Menstrualexantheme zusammengefaßt werden, präsentiren sich theils als einfache circumscripte oder mehr diffuse Röthungen der Haut, theils als Efflorescenzen von mehr exsudativem Charakter als teigige Hautschwellungen, die eine Zeitlang fälschlich als Erysipele bezeichnet worden sind, als Urtikaria, Aknepusteln, Hautblutungen, Pigmentirungen u. s. w. Das Gemeinsame dieser Eruptionen fand man darin, daß sie, sei es schon bei der ersten Menstruation oder erst bei einer späteren, bezw. einige Tage vor dem Eintritt der Blutung auftreten, um mit derselben wieder zu schwinden, ein Vorgang, der sich bei den folgenden Menstruationen mit mehr oder weniger großer Regelmäßigkeit wiederholen kann. Die betroffenen Frauen, welche häufig als schwächlich und nervös geschildert werden, sind theils regelmäßig, theils unregelmäßig menstruirt; bei letzteren macht man oft die Beobachtung, daß das Exanthem nach Behebung der Menstruationsstörung ausbleibt. Auch bereits bestehende Hauterkrankungen hat man zur Zeit der Menstruation exacerbiren, andererseits mit Eintritt der bis dahin abnormerweise fehlenden Menstruation schwinden,

endlich auch nach pathologischem Cessiren der Menses Hautkrankheiten sich dauernd etabliren sehen. — Die Beziehungen der erwähnten Hautkrankheiten zur Menstruation sind durchaus noch nicht sichergestellt und noch weniger ist dies der Fall für den Herpes.

Die meisten Autoren nehmen an, daß es sich bei denselben um Reflexneurosen handelt, welche besonders bei auch sonst nervösen oder an krankhaften Zuständen der Genitalien oder des Gesammtorganismus leidenden Personen infolge einer besonderen, nicht näher zu bestimmenden Prädisposition der Haut zustande kommen. Dieselbe Erklärung wird auch für einen Theil der Fälle von genitalem menstruellen Herpes angeführt, und Bergh vor allem hält an ihr fest, nachdem er die übrigen Erklärungen als nicht stichhaltig zurückgewiesen hat. Er wendet sich besonders gegen die Erklärung Unna's, daß excessive sexuelle Reize das hauptsächlichste ätiologische Moment darstellen, und zeigt auf Grund seiner Statistik, daß die Voraussetzungen, auf denen Unna seine Anschauungen aufgebaut hat, daß nämlich der genitale Herpes sich bei Prostituirten besonders häufig finde, nicht zutreffen. — Von den von L. untersuchten Personen standen 1176 unter Kontrolle, 408 nicht, von den ersteren litten an Herpes progenitalis 62 = 5,3 Proz., von den letzteren 21 = 5,2 Proz., an Herpes überhaupt 84 = 7,1 Proz. bezw. 28 = 6,9 Proz., also eine völlige Uebereinstimmung zwischen beiden Gruppen. Zu den mit der Menstruation zusammenfallenden Eruptionen liefert sogar die zweite Gruppe eine größere Zahl, indem hier 75 Proz., bei den Prostituirten 67,6 Proz. mit der Menstruation in einem zeitlichen Zusammenhange standen. Diese Zahlen, in Verbindung mit der Statistik Bergh's, berechtigen zu der Annahme, daß weder der genitale Herpes im allgemeinen, noch der mit der Menstruation zusammenfallende Herpes als eine „Berufskrankheif der Prostituirten" zu bezeichnen ist. Unter 99 Frauen, bei denen L. Herpeseruptionen beobachtet hat, war die Menstruation bei 65 regelmäßig ohne wesentliche Beschwerden, bei 8 regelmäßig mit Koliken, bei 13 unregelmäßig ohne Beschwerden, bei 13 unregelmäßig mit Koliken. Faßt man die Gruppen mit unregelmäßiger Menstruation und mit Koliken zusammen, so bekommt man 34 Personen mit gestörter Menstruation, denen 65 Personen mit regelmäßiger beschwerdefreier Menstruation gegenüberstehen. Die Zahl der regelmäßig Menstruirten überwiegt also bei den Herpeskranken bedeutend die der unregelmäßig Menstruirten. Es können also die Menstruationsstörungen weder bei der Genese des Herpes im allgemeinen, noch des mit der Menstruation zusammenfallenden Herpes als wesentliches ätiologisches Moment anerkannt werden.

Die Auffassung des Genital-, besonders des rezidivirenden Herpes als einer postvenerischen Erkrankung ist in Frankreich ziemlich allgemein angenommen worden. Das L. zur Verfügung stehende Material gestattet ihm nicht, in dieser Frage bestimmte Schlüsse zu ziehen, da die Personen, welche er zur Beobachtung bekam, fast ausnahmslos an Geschlechtskrankheiten litten. Von 55 Personen, welche eine einmalige Eruption von genitalem Herpes aufwiesen, hatten 35 schon vorher oder zu derselben Zeit Erscheinungen von konstitutioneller Syphilis, bei fünf traten solche erst später auf, bei 15 entweder vorher oder nachher. Von 26 Personen mit wiederholten Eruptionen waren bei 14 schon vor der ersten oder gleichzeitig mit derselben, bei vier zwischen der ersten und zweiten, bei zwei zwischen der zweiten und dritten Allgemeinerscheinungen nachzuweisen, während sie bei sechs während der ganzen Dauer der Beobachtung fehlten. Im ganzen waren also bei der ersten Gruppe 63,6 Prozent, bei der zweiten 53,8 Proz. zur Zeit der ersten Eruption oder schon vorher syphilitisch erkrankt. Gonorrhoe war ungefähr bei 60 Proz., Ulcera bei 40 Proz. voraufgegangen oder zur Zeit vorhanden. Nur einmal ließ sich mit Sicherheit nachweisen, daß der Herpes sich auf einer Schankernarbe entwickelte, einmal auf einer noch nicht völlig involvirten Papel und einmal neben einer solchen.

Bezüglich der Lokalisation des Herpes progenitalis bestehen gleichfalls Differenzen insofern, als verschiedene Autoren ihn am häufigsten an den großen Schamlippen gesehen, an denen er sich nach Kaposi nur allenfalls an der Innenfläche vorfindet, angrenzend an das am häufigsten betroffene Praeputium clitoritis und die kleinen Schamlippen. Nach den Beobachtungen L.'s nehmen die großen Labien unzweifelhaft die erste Stelle ein. Von den Genitaleruptionen fanden sich 36 Proz. an den großen Labien selbst, 68 Proz. an ihnen und ihrer nächsten Umgebung, dagegen nur 5 Proz. an den kleinen Labien. In 2 Fällen hat L. gleichzeitig mit dem Herpes am Damm bezw. an einem großen Labium stecknadelkopfgroße Eruptionen in der Nähe des Muttermundes beobachtet, die in wenigen Tagen spontan schwanden.

Das Auftreten des Herpes erfolgt faßt regelmäßig, nach den Beobachtungen L.'s 94 Proz. der Fälle, einseitig; von 6 Fällen, in denen ein doppelseitiger Herpes auftrat, waren fünfmal entsprechende, einmal verschiedene Stellen befallen. In den Fällen von einseitigem Herpes traten siebenmal auf der betreffenden Seite mehrere Gruppen von Herpesbläschen gleichzeitig oder in Schüben auf, die durch eine Pause von 2—6 Tagen getrennt waren. Dreimal trat gleichzeitig eine Eruption an den Genitalien und im Gesicht auf. (Der Frauenarzt.)

Die Fehler der Saugflaschen und ihre Vermeidbarkeit, ein Beitrag zur Säuglingsernährung. Von Prof. Ad. Schmidt (Bonn). (Münch. med. Wochenschrift, 1901, No. 1.) Durch die Beobachtungen von M. Pfaundler und H. Cramer wurde gezeigt, daß die Nahrungsaufnahme der Flaschenkinder im Vergleich zu der activen Saugthätigkeit der Brustkinder eine passive, oft ganz mühelose und darum irrationelle ist. Beim Saugen an der Brustwarze entleert das Kind die Mutterbrust nicht lediglich, wie man eine Zeit lang annahm, durch periodische Compression des Warzenhofes mittelst der Kieferpresse, sondern durch Saugbewegungen, wobei ein Aspirationsdruck von 13 bis 69 cm Wasser entwickelt wird. Das Saugen ist für den Säugling nicht nur nothwendig, sondern auch sehr nützlich, insofern, als nach Pfaundler durch den Saugact an sich die Secretion des Magensaftes angeregt wird. Ferner wird durch die zum Saugen erforderliche Kraftanstrengung bewirkt, daß die Nahrungsaufnahme langsam und mit Erholungspausen geschieht, sie macht endlich das Kind müde und verhindert so das mit dem Schreien häufig verbundene Erbrechen. — Beim Flaschenkind ist der Saugdruck dagegen in den meisten Fällen sehr gering, nach C. nur 3—10 cm Wasser. Die Kinder entleeren die Milch durch die gewöhnlich viel zu große Oeffnung fast ausschließlich durch Kaubewegungen mit minimalem Kieferdruck. Ist ausnahmsweise die Oeffnung enger, so müssen allerdings die Kinder mehr saugen, aber die Kraftentfaltung erreicht dann bald ihr Ende, weil die gebräuchlichen Stopfen schon bei 30—80 cm Saugdruck platt zusammengezogen werden, so daß sie nichts mehr durchlassen. Die Mütter pflegen in solchen Fällen die Oeffnung zu erweitern oder mehrere Oeffnungen anzubringen, wodurch die Kraftentfaltung immer geringer wird. Das Kind schläft infolgedessen nach der Mahlzeit nicht ein, sondern schreit und bricht, die Füllung des Magens geht zu schnell vor sich; dadurch wird der Magen überdehnt und seine Entleerung verzögert. Ein anderer Nachtheil des üblichen Saugstopfens ist das Mitschlucken von viel Luft; jedesmal ferner, wenn der negative Druck in der Flasche durch Oeffnung des Mundes ausgeglichen ist, fließen zunächst große Mengen aus und die Kinder verschlucken sich häufig. Es wurden nun schon verschiedene Vorschläge gemacht, um die erwähnten Uebelstände zu beseitigen, ohne indeß das Richtige zu treffen. Es kommt nach Sch. in erster Linie darauf an, ein Ventil anzubringen, welches die Luft an anderer Stelle in die Flasche eintreten läßt, als die Milch austritt, um die Druckschwankungen beim Saugen auszugleichen und das gefährliche Mitschlucken von Luft zu verhüten; ferner muß das Ventil regulirbar sein, damit man den Lufteintritt durch das

Ventil leichter oder schwerer und dadurch die Entleerung der Flasche schneller oder langsamer gestalten kann, da ja die Saugkraft der einzelnen Säuglinge große individuelle Unterschiede zeigt, ferner auch nach dem Alter verschieden ist. An der Spitze des Saugstopfens darf dann aber kein weiterer größerer Widerstand für die Saugbewegung entstehen, aber auch keine freie Oeffnung vorhanden sein, welche den Eintritt von Luft in die Flasche gestattet; es dürfen deshalb an der Spitze keine Löcher, sondern nur Schlitzöffnungen vorhanden sein. Endlich dürfen die Saugstopfen nicht collabiren; man darf daher die Wandstärke nicht zu schwach wählen. Sch. hat auf Grund dieser Erwägungen einen Saugstopfen von folgender Beschaffenheit construirt. Die gebräuchliche Fingerform ist beibehalten. Dort, wo die Spitzenkuppe in die seitliche Wandung umbiegt, befinden sich vier der Längsachse parallel gerichtete, die Wand schräg durchsetzende Schlitzöffnungen, welche zwar den Austritt der Milch leicht gestatten, aber den Rücktritt von Luft aus der Mundhöhle auch bei starkem negativen Druck verhindern. Etwas unterhalb der Mitte des ganzen Stopfens ist eine seitliche Oeffnung von ca. 2 mm lichtem Durchmesser angebracht, deren Wand von einem harten, dicken Gummiwulst gebildet wird. Der letztere ist der Träger des kleinen, aus Aluminium gefertigten Ventils. Dieses besteht aus einem ausgekehlten Ring, aus dem senkrecht ein Bügel hervorgeht, welcher eine Schraube trägt. Der Ring, dessen innerer Rand zwei kleine Stacheln zeigt, dient als Basis des Ganzen und wird durch Ueberstülpen über den Gummiwulst am Saugstopfen befestigt. Es steht dann die Spitze der Schraube gerade über der Oeffnung. Diese Spitze ist sehr sorgfältig konisch gearbeitet und verschließt, je mehr man die Schraube vordreht, um so vollständiger die Oeffnung. Infolge der elastischen Beschaffenheit des Gummis gestaltet sich der Verschluß zwischen dem Wulst und dem Conus der Schraube ventilartig, und man hat es in der Hand, durch leichtes Zurückdrehen der Schraube den Lufteinlaß nach Belieben leicht zu gestalten. Beim Gebrauch verfährt man so, daß man zunächst die Schraube soweit anzieht, daß keine Luft durch das Ventil eintreten kann. Erst wenn das Kind durch einige Züge in der Flasche einen negativen Druck erzeugt hat, dreht man vorsichtig die Schraube zurück. Es strömt jetzt nur noch Luft von außen hinein und man kann an der Menge der in der Flasche aufsteigenden Luftblasen die Menge der in den Mund des Kindes eintretenden Milch controliren. Je nachdem die Entleerung schneller oder langsamer erfolgen soll, dreht man die Schraube ein klein wenig zurück oder vor und kann auf diese Weise die Schnelligkeit der Nahrungsaufnahme nach Belieben reguliren. Ist die gewünschte Schnellig-

keit getroffen, so kann man das Kind im weiteren Verlauf der Nahrungsaufnahme sich selbst überlassen, wenn man nur dafür sorgt, daß der Stopfen richtig liegt. Nach Beendigung der Mahlzeit wird die Schraube ganz zurückgedreht und der Stopfen mit dem daran sitzenden Ventil in Wasser oder Borlösung gethan. Im Uebrigen kann der Stopfen wie jeder andere mit der Bürste gereinigt und ausgekocht werden. Bei den bisherigen Versuchen an den Säuglingen der Bonner geburtshilflichen Klinik hat sich der Saugstopfen gut bewährt.

Verschiedenes.

Eine praktische Methode, um Kuhmilch leichter verdaulich zu machen. Von L. v. Düngern, (München. medic. Wochenschr., No. 48, 1900.) Schon längst ist man bestrebt, die Kuhmilch der Muttermilch ähnlicher zu machen; der wesentlichste Unterschied, dessen Beseitigung bis jetzt nur unvollkommen gelungen ist, besteht darin, dass die Kuhmilch mit Magensaft derbe Gerinnsel liefert, welche dem Eindringen der Verdauungssäfte länger Widerstand leisten, als die feinen Niederschläge der Menschenmilch und werden ganz allgemein viele Verdauungsstörungen der Kinder darauf zurückgeführt.

Man hat bis jetzt versucht, diese schädliche Eigenschaft der Kuhmilch durch Zusatz von Pflanzenschleimen und Fetten zu bekämpfen oder dadurch, daß man das ausgefällte Casein durch Pankreatin theilweise verdaute. Die durch das erste Verfahren gewonnene Nahrung wird auf die Dauer meist schlecht vertragen, das zweite Verfahren ist zu umständlich.

Die schädliche klumpenförmige Gerinnung des Kuhcaseïns im Magen der Säuglinge kann nun aber auf die einfachste Weise vermieden werden, indem man die gekochte, erwärmte Kuhmilch mit Labferment zur Gerinnung bringt und die Gerinnsel durch Schütteln fein vertheilt, sodaß nur noch ganz feine Flocken suspendirt bleiben. Die so behandelte Milch, die gerne genommen wird, steht der normalen Säuglingsnahrung näher als gewöhnliche Kuhmilch.

Zahlreich angestellte Versuche bewiesen, daß die so vorbehandelte Milch auch von den Säuglingen der frühesten Lebenszeit ausnahmslos gut vertragen wird, und scheint es auf diese Weise möglich zu sein, auch solche Säuglinge mit unverdünnter Kuhmilch zu ernähren, wodurch eine übermäßige Flüssigkeitszufuhr, welche die Verdauungssäfte verdünnt, vermieden werden kann. Auch für die Krankenernährung, besonders bei Magenleiden und Infektionskrankheiten, ist die vorgeschriebene Behandlung der Kuhmilch nicht ohne Bedeutung. Die Höchster Farbwerke beabsichtigen, ein Präparat, „Peguin", herzustellen, das neben dem zur oben gezeigten Behandlung der Milch nothwendigen Labferment noch Milchzucker enthält, und sind bereit, zu Versuchen kostenfrei davon abzugeben.

Eine neue Zuckerprobe. Es wird von jedem praktischen Arzt mißliebig empfunden, bei der Fehlingschen-Zuckerprobe ein großes Quantum Harn mit kochen zu müssen, weil die stark alkalische Flüssigkeit durch

ihren Geruch oft das ganze Zimmer verpestet. Um diesen Uebelstand zu vermeiden, bringt die unten bez. Firma ein anderes Reagens in den Handel, welches zudem sicherere Resultate zeitigt als Fehling etc.

Eine Nitro-Propiol-Tablette in circa 10 cbctm Wasser gelöst und mit 10 Tropfen eines diabetischen Harns mindestens 3—5 Minuten lang mäßig gekocht, giebt eine indigoblaue Färbung. Läßt man die Probe einige Zeit stehen, so setzt sich am Boden des Reagensglases ein Niederschlag von Indigo ab.

Die Reaction beruht darauf, daß ortho-Nitrophenylpropiolsäure durch Erwärmen mit Traubenzucker bei Gegenwart von Soda in Indigo übergeht.

Ein wesentlicher Vortheil gegenüber der Fehlingschen Probe ist der, dass die Reaction nicht beeinflußt wird durch Harnsäure, Kreatinin, Glykonsäure, Gallenfarbstoffe, ebensowenig wenn dem Körper arzneiliche Stoffe, als Rhabarber, Senna, Terpentin, Jod, Salicyl einverleibt worden. Was die Empfindlichkeit der Probe anbelangt, so übertrifft sie die Fehlingsche bei weitem und kommt der Nylanderschen Wismuthprobe gleich, welche mit Sicherheit noch 0,05 Traubenzucker nachweist.

Die Tabletten sind in allen Apotheken käuflich, der Preis eines Flacons mit 30 Tabletten beträgt 60 Pf., sie werden hergestellt von Hub. Andr. Tousch, G. m. b. H., Köln-Ehrenfeld.

Ueber **Salbenverbände zur Wundbehandlung** berichtet O. Oehler („Therapeutische Monatsh." October 1900). Durch die antiseptische Aera wurden die Salbenverbände, die früher für alle Wunden in Gebrauch waren, auf die Behandlung der Geschwüre zurückgedrängt. Ihre Vorzüge sind die einfache Anwendung und die Sicherheit, mit der sie Verkrustung vermeiden, wozu noch die für die Geschwürsbehandlung erwünschte Möglichkeit kommt, die Salbe mit medicamentösen Stoffen zu versetzen. Indem das frühere Constituens der Salben (Schmalz, Talg usw.) durch Vaselin und Lanolin ersetzt wurde, hat sich auch der Werth und Anwendungsbereich der Salben erweitert. Da Vaselin und Lanolin als keimfrei zu betrachten sind, so braucht man sich nicht zu scheuen, sie auf frische Wunden zu bringen. O. verwendet seit Jahren eine Salbe aus:

Rp. Liq. Alum. acet. 10.0
Lanolini,
Vaselini aa. ad 100.0

Diese Salbe hat durch den Lanolingehalt eine etwas zähere Consistenz und zieht somit so leicht nicht in den Verbandmull, auf welchen sie verstrichen wird, wie das sonst bei reinen Vaselinsalben der Fall zu sein pflegt. Engmaschige Mullläppchen, mit dieser Salbe bestrichen, sind nach O. seit lange das Verbandmittel gewesen, mit dem er frische, genähte, geschnittene, gequetschte, gebrannte Wunden, Furunkel, Panaritien, Erysipel, kurz, sozusagen Alles und mit gutem Erfolge verbunden hat. Für frische, gequetschte, für inficirte Wunden ist der Verband mit Lanolinsalben von großem Vortheil. Neben dem Vorzuge der Einfachheit hat diese Methode den Vorzug allgemeiner Verwendbarkeit.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 3. XXI. Jahrgang. 25. März 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Schutzimpfung und Serumtherapie. Die Ergebnisse der deutschen Malariaexpedition. — Euthanasie und die Pravaz'sche Spritze. — Ueber die Behandlung komplicirter Frakturen. Zur Behandlung des Schiefhalses. Die Radicaloperation kindlicher Hernien. — Zur Hofmeier'schen Frage. Die Melli-Walscher'sche Lage. Das Schicksal hereditär-syphilitischer Kinder. — Behandlung des Pruritus senilis. Ueber Ichthargarn, ein neues Mittel gegen Gonorrhoea anterior acuta. Ein „geburtshilfliches Wunderweib".

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Schutzimpfung und Serumtherapie. Der praktische Azt, dem es bei allem guten Willen oft nicht möglich ist, durch Lectüre aller oder auch nur der wichtigsten einschlägigen Publicationen dem Entwicklungsgange neuerer, dem täglichen Bedürfnisse noch etwas ferner stehender und doch actueller Disciplinen zu folgen, heißt zeitweilige, zusammenfassende Uebersichten, welche ihn durch Feststellung, Sichtung und Vergleichung der verschiedenen Forschungsresultate auf dem Laufenden erhalten, herzlich willkommen. Demselben Zwecke dient ein vor uns liegendes Werkchen des Würzburger Privatdocenten Dieudonné, welches bestimmt ist, als „Uebersicht" auf dem Gebiete der Immunitätslehre zu orientiren und dessen reichem Inhalte wir Einiges entnehmen wollen.

Nach der verschiedenen Wirkung der pathogenen Keime, welche entweder durch massenhaftes Auftreten und Ueberschwemmung des Organismus reine Infectionskrankheiten oder durch Ausscheidung von Giften Intoxicationskrankheiten hervorrufen, unterscheidet man zunächst eine Bakterienimmunität und eine Giftimmunität, welche beide wieder natürlich vorhanden (angeboren) oder erworben sein können, weshalb wir auch von einer angeborenen Immunität, nach Buchner natürlichen Resistenz oder angeborenen Wider-

standsfähigkeit, und einer erworbenen Immunität sprechen. Ueber die Ursache der natürlichen (angeborenen) Bakterienresistenz, welche man bei einzelnen Thierarten (Wiederkäuer unempfindlich für Rotz. Hunde für Milzbrand) bestimmten Rassen (weiße Mäuse refractär gegen Rotz und Tuberculose. Neger immun gegen gelbes Fieber) und einzelnen Individuen findet, herrschen drei Theorien: die eine, wonach die natürliche Abwehr dadurch hervorgerufen wird, dass die Keime von den Phagocyten aufgenommen werden, eine andere, wonach die Tödtung der Bakterien durch zellfreie Säfte des Körpers, welche Alexine, Abwehrstoffe, ausscheiden, stattfindet und endlich eine dritte vermittelnde, die wohl auch den Phagocyten die Abwehr zuschreibt, aber nicht allein durch Auffressen der Keime, sondern durch Ausscheidung bactericider, gelöster Stoffe.

Die natürliche Resistenz gegen bacterielle und sonstige Gifte ist ziemlich selten und auf einzelne wenige Thierarten (Igel, Schweine und Ichneumon gegen Schlangengift) und bestimmte Gifte beschränkt und dürfte auf eine angeborene und vererbbare Unempfänglichkeit der Zellelemente zurückzuführen sein.

Die Erwerbung der Immunität erfolgt entweder auf natürliche Weise, das ist durch Ueberstehen von Krankheiten, oder künstlich, durch Schutzimpfung. Als Ursachen für die natürlich erworbene Immunität werden, abgesehen von einer im Erkrankungsfalle wahrscheinlich auftretenden Erhöhung der natürlichen Resistenz durch Vermehrung der Alexine und Hyperleucocytose, noch eine Reihe von specifischen Schutzstoffen betrachtet, welche sich unter dem Einflusse der specifischen Infectionserreger bilden; so für die natürlich erworbene Bakterienimmunität die wahrscheinlich aus dem Knochenmark, der Milz und den Lymphdrüsen stammenden specifisch bactericiden Stoffe R. Pfeifer's, welche die Bakterien fast augenblicklich ihrer Beweglichkeit berauben, sie aufquellen und dann in Kügelchen zerfallen lassen; die Agglutine M. Gruber's und Durham's, welche die Bakterien klebrig machen, so dass sie sich zu Häufchen zusammenballen, ferner die bacteriolytischen Enzyme Emmerich's und Loew's, welche fermentartig wirken und die Bakterien, deren Membran verquillt, auflösen und endlich das von Denys und van de Velde dargestellte Antileucocidin. Letzteres soll in dem Kampfe um's Dasein, welches sich zwischen den eingedrungenen Mikroorganismen und Leucocyten abspielt, eine bedeutende Rolle spielen. Die Coccen erzeugen ein Gift, um ihre Feinde, die Leucocyten zu vernichten, dasselbe wird Leucocidin genannt; dieses findet aber wieder seinen Gegner in einem Stoffe, welcher sich im Blute künstlich gegen Staphylococcen immunisirter Thiere findet, die

Wirkung des Leucocidin aufhebt, und Antileucocidin genannt wird.

Als die wirksamen Agentien der natürlich erworbenen Giftimmunität betrachten wir die Antitoxine, deren Kenntniss wir hauptsächlich den Arbeiten Behring's und Ehrlich's verdanken; dieselben wirken nicht auf die lebenden Bakterien, sondern auf die von diesen gebildeten und die Krankheit — welche eigentlich eine Vergiftung ist — hervorrufenden Toxine. Als Vertreter solcher Bakterien, welche lösliche Giftstoffe ausscheiden, seien die Tetanus- und Diphtheriebacillen genannt. Die Antitoxine entstehen wahrscheinlich als Producte der lebenden, für das Gift empfindlichen Körperzellen, und finden sich im Blute in Reconvalescenz befindlicher oder durch Einverleibung von Bakteriengiften künstlich immunisirter Thiere. Auch im Blute gesunder Menschen wurden Antitoxine angetroffen; vermuthlich handelte es sich dabei um ein unbewusstes Ueberstehen einer leichten Form der specifischen Erkrankung. Die Wirkung der Antitoxine beruht wahrscheinlich auf einer directen Zerstörung des Giftes oder auf dem Eintreten einer lockeren Verbindung des Toxins und Antitoxins, einer Art Doppelverbindung. Die Erfahrung, dass das einmalige Ueberstehen einer Infectionskrankheit gegen eine neuerliche Erkrankung schützen kann, ließ schon frühzeitig an eine künstliche Hervorrufung dieses Schutzes denken. Den Weg, welchen wir dabei einschlagen, respective die Methoden, welche zu dieser künstlich erworbenen Immunität führen, nennen wir Schutzimpfung. Letztere wirkt entweder nicht specifisch auf die verschiedensten Erkrankungen durch die Steigerung der natürlichen Resistenz, wie dieselbe durch künstliche Hervorrufung einer Hyperleucocytose (Zimmtsäurebehandlung der Lungentuberculose), Aenderung des Alkalescenzgehaltes des Blutes, Steigerung der Blutversorgung und Blutzufuhr, Besserung des Ernährungszustandes, endlich durch lebende Bakterien oder Bakterienproducte anderer Art bewirkt werden kann, oder specifisch, das heisst gegen eine einzelne bestimmte Infectionskrankheit.

Die künstliche specifische Impfung, die eigentliche Schutzimpfung, kann auf verschiedene Weise erfolgen. Es gelangen hierbei entweder Bakterien oder deren Producte direct zur Anwendung (active Immun.) oder es wird ein specifisches Serum eingespritzt (passive Immun.). Bei der activen Immunisirung erfolgt die Bildung der Schutzstoffe erst einige Zeit nach der Einspritzung in Begleitung einer Reaction, doch hält der Impfschutz relativ lange Zeit, da die gebildeten Schutzkörper in den Gewebselementen haften. Von den zahlreichen Methoden zur Erzielung der activen Immunität seien hervorgehoben: 1. Die Impfung mit leben-

den, voll virulenten Krankheitserregern, welche schon seit Jahrhunderten bei Pocken, durch Uebertragung des Bläscheninhaltes direct auf Gesunde und gegenwärtig bei der Schutzimpfung gegen die Lungenseuche des Rindes und zum Theile bei der Choleraimpfung angewendet wird. 2. Die Impfung mit künstlich abgeschwächten, lebenden Krankheitserregern, über welche namentlich Pasteur auf Grundlage der Jenner'schen Entdeckung Versuche anstellte.

Die Abschwächung kann erfolgen: durch hohe Temperaturen, wodurch die Bakterien an Virulenz einbüssen (Milzbrand, Rauschbrand), mittelst Passage durch den Körper weniger empfindlicher Thiere (Schutzpockenimpfung durch Kuhpocken, Schweinerothlaufbacillen durch den Kaninchenkörper) durch Eintrocknung (Wuthimpfung), durch Zusatz von Chemikalien (Carbolsäure, Caliumbichlorat, Glycerin) und endlich eine Reihe physikalischer Einwirkungen (Sonnenlicht, hoher Luftdruck, Elektricität). Praktisch verwendet werden besonders die drei ersten Methoden.

3. Die Schutzimpfung mit abgetödteten Culturen, wobei von dem Principe ausgegangen wird, dass die immunisirenden Substanzen gewisser Bakterien im Bakterienkörper, im Zellleib, enthalten sind, wie dies für Typhus-, Cholera- und Pestbacillen nachgewiesen ist. Bei dieser Methode wird nur Bakterienimmunität, also Schutz gegen die lebenden specifischen Krankheitserreger, aber nicht durch specifische Giftfestigkeit erzielt.

4. Die Schutzimpfung mit Bakterienextracten, welche durch Lösung der Bakterienzellsubstanzen (Tuberkulin 1891. Malleïn) oder durch besondere mechanische Behandlung der Bakterienzellen Tuberkulin TR 1897, Plasmine) dargestellt werden. Endlich

5. Die Impfung mit Stoffwechselproducten specifischer Bakterien, welche in der Nährflüssigkeit gebildet und durch Filtration gewonnen werden; viele derselben sind giftig und werden als Toxine bezeichnet.

Die Erfindung der Schutzimpfung mit dem specifischen Serum immunisirter Thiere (passive Immunität) verdanken wir Behring und in zweiter Linie Kitasato, denen es im Jahre 1890 gelang, mittelst eines von activ immunisirten Thieren gewonnenen Serums mit Diphtherie und Tetanus inficirte Thiere sowohl zu heilen, als auch die gesunden derartig vorzubehandeln, dass sie später nicht mehr an Diphtherie, beziehungsweise an Tetanus erkrankten. Im Gegensatze zur activen Immunisirung tritt bei dieser passiven Seruminjection keinerlei Reaction im geimpften Körper ein, der Impfschutz wird sehr rasch, meist sofort wirksam, geht aber bald, meist innerhalb 10—14 Tagen wieder verloren.

da die im Serum befindlichen Antitoxine wieder ausgeschieden oder verbraucht werden.

Das Serum immunisirter Thiere hat sowohl immunisirende, wie heilende Eigenschaften.

Einzelne Sera (zum Beispiel Tetanus) leisten jedoch als Immunisirungsmittel mehr, wie als Heilmittel oder umgekehrt.

Als vollkommen gelungen können die Versuche der Darstellung des Diphtherie- und Tetanus-Serums betrachtet werden, während die anderen Sera (gegen Pest, Cholera, Brustseuche der Pferde, Rauschbrand, Schweineseuchen und Blattern) in der Praxis wohl vereinzelte gute Resultate ergaben, aber doch noch einer gründlichen Vervollkommnung bedürfen.

Die active und passive Immunisirung kann bei verschiedenen Thierkrankheiten (Schweinerothlauf, Maul- und Klauenseuche, Rinderpest) auch combinirt in Anwendung gezogen werden, wobei gleichzeitig oder innerhalb kurzer Zeit aufeinanderfolgende Impfungen mit Immunserum und virulentem Infectionsstoffe gemacht werden; der hierbei erzielte Impfschutz soll die Vorzüge beider Immunisirungsmethoden vereinigen.

Wie schon erwähnt wurde, schützt das Blut hochimmunisirter Thiere nicht nur vor einer eventuellen Infection, sondern kann auch im Falle einer bereits erfolgten Infection einen günstigen Einfluss auf den Process ausüben und selbst völlige Heilung bewirken. Zur Erzielung eines Erfolges bedarf man einer größeren Menge von Serum, als zur Immunisirung nothwendig ist, ferner darf nicht zu lange Zeit nach der Infection vergangen sein. Auch hier erscheint nur die antitoxische Wirkung des Diphtherie- und Tetanusserums unanzweifelbar und verlässlich; das Streben, andere, namentlich bactericide Heilsera aufzufinden, lieferte bis auf das Rinderpestserum bis jetzt keine praktisch verwerthbaren Ergebnisse. Es besteht auch wenig Aussicht auf einen baldigen Fortschritt in dieser Richtung, da man — wie D. meint — bisher rein schematisch nach dem Vorbilde der Diphtherie- und Tetanusimmunisirung verfuhr, während für jede einzelne Krankheit die Methode erst genau ausprobirt werden müsste. (Wiener Medicinische Blätter.)

Nach seiner Rückkehr aus Ostafrika stellte R. Koch die **Ergebnisse der deutschen Malariaexpedition** zusammen. Während man nach den Resultaten früherer Autoren berechtigt war, in den Tropen besondere Arten von Malariaparasiten zu vermuthen, konnte K. nur drei bereits bekannte Arten feststellen. Außer den bekannten Plasmodien der Tertiana und Quartana traf er noch einen Parasiten, welcher beständig ringförmig geformt ist, unter Umständen

halbmondförmige Gestalt annimmt, und eigenthümliche Fieberanfälle mit unverkennbarem tertianem Typus hervorruft. Der tertiane Typus ist allerdings nur in den frischen Fällen deutlich ausgesprochen, bei längerem Bestehen können die Anfälle sehr unregelmäßig werden. Später konnte K. konstatiren, daß in Italien dieselben Verhältnisse in Bezug auf Malaria bestehen, wie in Ostafrika. Dasselbe war der Fall in Westafrika, Süd-Westafrika, Mittelamerika, in Niederländisch-Indien und in der Süd-See. Für die dritte Art der Malaria hält K. die Benennung „Tropen-Fieber" die zweckmässigste.

Die Expedition hatte in Neu-Guinea Gelegenheit, die Malaria unter Verhältnissen zu studiren, wie sie heute sehr selten geworden sind. Das Land ist sehr dünn bevölkert, jedes Dorf hat sein bestimmtes Gebiet und duldet nicht, daß dasselbe von Fremden betreten wird. Wenn man nun die Bewohner eines solchen Ortes untersucht und unter denselben Fälle von Malaria findet, so kann man mit aller Sicherheit annehmen, daß sie ihre Malaria an Ort und Stelle bekommen haben und daß es sich um eine echte endemische Malaria handelt. Von Orten, welche mehr oder weniger Verkehr haben, ist dies nicht der Fall; die Bewohner können sich ihre Krankheit auch von anderen Plätzen geholt haben; entweder aus einem Gebiet, welches man berühren mußte, um nach dem betreffenden Orte hinzukommen, oder die Bewohner konnten sich die Malaria zugezogen haben auf ihren ziemlich weit entfernten Plantagen oder auf den Wegen, die sie zur Küste machen mußten, um Salz zu holen. Einem solchen Irrthum ist man aber in den meisten Küstendörfern Neu-Guineas nicht ausgesetzt.

Wie die Malariaverhältnisse sich in einem solchen Dorfe gestalten, geht aus folgendem Beispiel hervor: Bonju (an der Astrolabe-Bai) Kinder unter 2 Jahren: ohne Malaria 0, mit Malaria 6; Kinder von 2—5 Jahren: ohne Malaria 7, mit Malaria 6; Kinder von 5—10 Jahren: ohne Malaria 13, mit Malaria 4; Personen über 10 Jahren: ohne Malaria 39, mit Malaria 0. Also beschränkt sich die Malaria, wenn sie ungestört bleibt, ausschließlich auf die Kinder. Alle Menschen über 10 Jahre hinaus waren frei von Malaria. Allerdings fanden sich einzelne Ausnahmen; dieselben betrafen aber Erwachsene, welche seit kurzer Zeit eingewandert waren. Es scheint sich somit um eine, allerdings langsam erworbene, aber echte, natürliche Immunität zu handeln. K. stützt seine Ansicht noch durch folgende Beobachtungen: Erwachsene, welche aus solchen Malariadörfern nach anderen notorischen Malariagegenden transportirt werden, bleiben immun, während Leute aus malariafreien Orten ausnahmslos erkranken, wenn sie nach den genannten Malariaherden versetzt werden. Im

Bismarck-Archipel giebt es neben Inseln, welche frei von Malaria sind und solchen, auf welchen alle drei Arten von Malaria vertreten sind, einige Inseln, auf welchen nur Quartana vorkommt. Arbeiter, welche auf einer dieser Quartana-Inseln angeworben wurden, erkrankten auf einer andern Insel an Tropen-Fieber und Tertiana. Die eine Art von Malaria schützt nicht gegen die andre.

Der Umstand, daß an anderen Orten eine Neigung zur natürlichen Immunisirung nicht vorzukommen scheint, führt K. auf die Chininbehandlung zurück, welche den Immunisirungsprozeß verhindert.

Milztumor findet man nur ausnahmsweise bei ganz jungen Kindern. Am häufigsten trifft man einen solchen bei Kindern von 3—6 Jahren; unter jungen Leuten von mehr als 14—15 Jahren hat K. nicht einen einzigen fühlbaren Milztumor gefunden. Der Milztumor tritt somit nicht gleichzeitig mit der Malaria auf, sondern erst 2—3 Jahre später. Die Malaria läßt bei den Einwohnern von Neu-Guinea keine bleibenden Spuren zurück. Unter den Kindern sieht man oft schlaffe, magere Gestalten, mit welker Haut und aufgetriebenem Leibe, aber sie blühen, sobald die Malariazeit überwunden ist, wieder auf, werden schöngebaute und kräftige Menschen.

Bei der Bekämpfung der Malaria spielt die genaue mikroskopische Blutuntersuchung die Hauptrolle, und zwar sind nicht nur die manifesten Erkrankungsfälle, sondern auch die Fälle von latenter Malaria zu berücksichtigen. Von den letzteren werden die Mücken vorzugsweise das Material zur Infektion entnehmen. Nach den Beobachtungen von K. kommen die Malariaparasiten, außer in dem Zwischenwirth der Mücke, nur beim Menschen vor. Es ist niemals gelungen, die menschlichen Parasiten im Blute eines anderen Thieres aufzufinden. Auch haben Infektionsversuche von menschlichen Parasiten auf Affen ein negatives Resultat ergeben. Der Kampf gegen die Malaria wird sich also so gestalten, daß jeder kranke Mensch sorgfältig aufgesucht und, sobald seine Erkrankung konstatirt ist, in Behandlung bis zur völligen Heilung genommen wird. Die Mittel, welche zur Vertilgung der Mücken empfohlen wurden, haben nur einen beschränkten Wirkungskreis und eignen sich nicht zur Bekämpfung der Malaria in großem Maasstabe.

Für die Behandlung der Malaria ist das Chinin immer noch das unübertroffene Mittel. K. zieht eine 10% Lösung von salzsaurem Chinin den anderen Arzneiformen, Pillen, komprimirten Pulvern u. s. w., vor. Vier bis sechs Stunden vor dem Anfall giebt man 1 gr Chinin. Selten ist es nothwendig 1,5—2 gr zu geben. Die Dose ist zu wiederholen, bis keine Anfälle mehr kommen; dann giebt man während

zwei bis drei Monate alle zehn Tage an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 1 gr Chinin. So gelingt es, das Auftreten von Recidiven zu unterdrücken. Bei Disposition zu Schwarzwasserfieber muß man mit dem Chinin vorsichtig sein, und sobald die Temperatur zu steigen beginnt und der Urin eine auffallend dunkle Farbe annimmt, mit der Dose heruntergehen, oder das Chinin durch Methylenblau ersetzen. Als Prophylacticum empfiehlt K. das Chinin an jedem zehnten und elften Tage in Dosen von 1 gr nehmen zu lassen.

(Deutsch med. W. 6. u. 13. Dez. 1900.)

II. Medicin.

In einer äusserst lehrreichen Abhandlung, **„Die Euthanasie und die Pravaz'sche Spritze,"** bespricht Prof. Edlefsen den großen Werth der subkutanen Applikation von Beruhigungs- und Reizmitteln für die Praxis. (Deutsch. Aerzte-Ztg. 1901/3.) Die leider noch von sehr vielen Aerzten getragenen Bedenken, als ob vereinzelte Injektionen von kleinen Dosen (0,01—0,015) Morphium aufs Herz nachtheilig einwirken und den Exitus beschleunigen könnten, sind durchaus unberechtigt; man beugt im Gegentheil einer Erschöpfung der Kräfte vor, wenn man die andauernden Qualen der Kranken durch eine solche Einspritzung beseitigt und ihnen den nur zu sehr entbehrten Schlaf verschafft. Diese wohlthätige Einwirkung bei sonst desperaten Fällen tritt besonders auch bei den Klappenfehlern des Herzens, selbst im Stadium schwerster Inkompensation, in der Regel deutlich hervor: die stürmische Herzaktion beruhigt sich, das qualvolle Angstgefühl wird behoben. Nicht selten wird nach einer einmaligen Applikation des Mittels eine Besserung des Zustandes für längere Zeit angebahnt, zumal wenn die Wirkung der zuvor gegebenen Digitalis gleichzeitig mit dieser Beruhigung sich zu entfalten beginnt. Nur bei hochgradiger Sklerose der Koronararterien und bei vorgeschrittener Herzmuskelentartung ist größere Vorsicht geboten. Nicht minder wohlthuend erweisen sich Kampherinjektionen (0,2 bei Erwachsenen): sie verschaffen sowohl bei unheilbaren chronischen Krankheiten (Lebercirrhose, Carcinom der Unterleibsorgane mit Ascites, langsam verlaufende Phthise), als auch in den letzten Stadien aussichtsloser Fälle von Pleuropneumonie, Peritonitis, Typhus und Cholera den Kranken sichtliche Erleichterung: die niederdrückende Todesschwäche, die sich in dem verzweifelten Gesichtsausdruck, in dem Ringen nach Luft, in der kraftlosen Sprache und in dem nutzlosen Hin- und Herwerfen

äußert, weicht dem Gefühl der Ruhe und erleichterter Athmung. Bei sehr vorgeschrittener Degeneration des Herzmuskels sind Kampherinjektionen allerdings zwecklos, wie jedes andere Reizmittel. In vielen Fällen, selbst da, wo man kaum noch zu hoffen wagte, wirken subkutane Injektionen von Kampher und Aether, rechtzeitig angewandt, oft direkt lebensrettend. Sie bekämpfen erfolgreich die Kollapszustände und bringen, besonders bei Pleuropneumonie, über die Gefahr der Krise hinweg. Der große Vortheil dabei ist, daß die Wirkung eine sofortige ist, und daß der geschwächte Magen nicht in Anspruch genommen wird. E. giebt dem Kampher in öliger Lösung) den Vorzug vor dem Aether, indem er besser wirkt und die Gefahr der Aetherinjektionen vermeidet, welche in Nekrose der Haut (wenn, statt ins Unterhautzellgewebe, in die Haut eingespritzt wurde) und in der Lähmung motorischer Nerven, namentlich des Radialis, zuweilen hervortritt. Als Lösung empfiehlt E., weil dünnflüssiger als das offizinelle Oleum camphoratum (1,0 Camph. + 9,0 Ol. oliv):

Rc. Camphor. 2,0
Ol. amygdal. ad 10,0
DS. 1 Spritze

oder:

Rc. Camph., Aeth. sulfur. āā 2,0
Ol. amygdal. 8,0
DS. 1 Spritze.

Noch rascher und energischer, aber nur vorübergehend und deshalb zur längeren Behandlung herzschwacher Kranker nicht geeignet, wirkt Moschus. Die offizinelle Tinktur ist wegen des geringen Moschusgehaltes (1:50) zu schwach. Deshalb sollen die Apotheker nach den für die gewöhnliche Moschustinktur geltenden Vorschriften der Pharmakopöe eine stärkere, in dem Verhältniß von 1:10 (Spir. dilut., Aq. dest. āā 5,0), bereit halten. Schaden kann ihnen selbst bei Nichtgebrauch daraus nicht entstehen, da diese Tinktur zur Bereitung der offizinellen immer wieder verwandt werden kann. Von dieser Tinct. Mosch. fortior giebt man 1 Spritze (= den wirksamen Bestandttheilen von 0,1 Moschus), Kindern je nach Alter 2—6 Theilstriche. Im Augenblick der Gefahr genügt dies meist als äußerst wirksames Reizmittel fürs Herz, doch kann man nöthigenfalls noch eine zweite und eventuell nach einiger Zeit noch eine dritte Spritze geben. Dies Mittel hat sich besonders bei Pleuropneumonie, wenn während der Krise Kollapserscheinungen auftraten, bewährt, ferner bei Cholera nostr. im Stadium algidum (neben heißen Bädern und Darmspülungen). Gerade bei letzterer Krankheit stellten sich bald als Zeichen beginnender Besserung starke Schweiße ein.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber die Behandlung komplicirter Frakturen. Von Dr. P. Franke. (v. Langenbecks's Archiv Bd. LXII. Hft. 4.) F. hat das Material komplicirter Brüche an der Hallenser chirurgischen Universitätsklinik auf den Werth der aseptischen Wundbehandlung, wie sie bei denselben in den letzten 3 Jahren angewendet wurde, geprüft und schildert uns die erfreulichen Erfolge, welche bei diesen ehedem so gefährlichen und gefürchteten Verletzungen durch eine sachgemäße moderne Behandlung erzielt werden können. Eine sehr reichhaltige Fülle von komplicirten Brüchen der Extremitäten und des Schädels stand ihm dabei zur Verfügung. Vor allem galt bei der Behandlung der Fälle das Princip, die Wunden möglichst aseptisch zu gestalten, die Knochenfragmente in möglichst guter Stellung zu fixiren, völlige Ruhelage zu sichern und nach ungestörtem Heilverlaufe die Funktion des Gliedes wieder herzustellen. Die Umgebung der Wunde wurde auf das gründlichste desinficirt; war die Hautverletzung eine kleine, konnte man das Eingedrungensein von Fremdkörpern mit Wahrscheinlichkeit annehmen, so wurde die Wunde mit einem Stücke Sublimatgaze abgetupft und mit sterilem Verbande bedeckt. Das Verkleben der durchtrennten Haut mit einem Pflaster nach Langenbuch verwirft v. Bramann. Bei stärker verunreinigten ausgedehnten Weichtheilwunden lagen die Verhältnisse natürlich schwieriger. v. Volkmann sah es für zweckmäßig an, bei solchen Wunden energisch zuzugreifen. Gegenincisionen, Drainage aller Wundtaschen, Entfernung aller Knochensplitter war die übliche Methode. Man kommt indessen auch mit konservativem Verfahren häufig zum Ziele. v. Bramann läßt wenn möglich solche Pat. chloroformiren; dann werden die Hauträndер umschnitten, die Fremdkörper abgetupft oder mit einer Pincette und Schere entfernt, Blutungen gestillt, Wundtaschen gespalten; aber von Abspülung mit desinficirenden Lösungen wird immer Abstand genommen. Kleine reizende Knochensplitter wurden extrahirt, dagegen suchte man stets größere auch ganz freie Knochenstücke wieder einzufügen, da sie erfahrungsgemäß einheilen können. Scharfe Kanten und Ecken der Knochenfragmente wurden mit Säge oder Zange geglättet, um besonders den Druck von Knochenkanten auf die Gefäße zu verhindern und Gangrän zu vermeiden. Bei Dislokationsneigung der Knochenstücke wurde die Naht derselben mit Silberdraht ausgeführt. Die Bedeckung der Knochen mit Weichtheilen wurde jederzeit erstrebt, weil sie die Heilung wesentlich fördert. Einspritzung von etwas Jodoformäther, Ausstopfen mit steriler Gaze, gegebenen Falls auch eine Gegenincision

vervollkommneten die Wundbehandlung. Inficirte, septische Wunden erfuhren die auch sonst geübten Maßnahmen.

In ausgiebigster Weise ging man konservativ vor, und in einer großen Reihe von Fällen, bei denen die Absetzung des betroffenen Gliedes fast unausbleiblich schien, wurde dasselbe schließlich doch erhalten. Musste man nach der blauen oder blassen Verfärbung des Gliedes Gangrän fürchten, so wurde auch hier noch der Versuch konservativer Behandlung gemacht, auch wenn peripher kein Puls zu fühlen war. Große Entspannungsschnitte und peinliche Lagerung wurden dabei ausgeführt. Einige dieser Fälle kamen natürlich trotzdem zur Amputation.

Die Immobilisirung der Gliedmaßen wurde wenn möglich durch Gipsverbände oder Extension herbeigeführt, sonst wurden Schienenverbände angelegt, event. später noch Gipsverbände. Die Kontrolle mit der Aufnahme von Röntgenbildern war Regel. Hier und da machte verzögerte Konsolidirung der Knochenfragmente weitere Maßnahmen nothwendig, die vornehmlich in Aneinanderreiben der Bruchstücke und in Stauungshyperämie bestanden.

Aehnliche Principien herrschten auch bei Behandlung komplicirter Schädelbrüche. Ein genauer Ueberblick über die Wundverhältnisse, speziell die Art der Knochenverletzung, wurde event. durch Erweiterung der Wunde stets erstrebt. Herstellung guter und glatter Wundverhältnisse war auch hier das erste Ziel. Die Glättung der Knochenfragmente, Hervorholen von Splittern, Fasern, Fremdkörpern wenn nöthig mit Hilfe des Meißels, Hebung von eingesunkenen, die Dura gefährdenden Knochenstücken spielten hierbei eine große Rolle. Auf genaue Blutstillung wurde natürlich ebenfalls großer Werth gelegt, vielfach Gefäße der Dura und Pia mater unterbunden. Mit Ligatur und Tamponade wurde man jedenfalls stets Herr der Blutung. Zerfetzte Theile des Gehirns wurden herausgenommen, Splitter und Fremdkörper anderer Art stets sorgfältig aus demselben entfernt. Wenn es geschehen konnte, wurden Risse der Dura vernäht.

Peinlichst versuchte man stets, Knochendefekte zu vermeiden. Desshalb wurden alle Knochenfragmente wieder eingefügt, nachdem sie in warmer Borsäurelösung gereinigt waren. Man sorgte dabei, daß sie dem Knochen dicht anlagen und nicht durch Blutergüsse abgehoben wurden. Die Haut wurde über dem wiedereingeführten Knochen vernäht, event. durch eine Plastik die Deckung besorgt. Waren die arg zersplitterten Knochenfagmente nicht zu gebrauchen, so wurde vom gesunden Knochenrande das Periost zurückgehebelt; dann wurden flache Knochenplättchen abgemeißelt

und in den Defekt hineingelegt. Natürlich geschah dies nur, wo man eine aseptische Einheilung erwarten durfte. Außerdem wurde auch das Müller-König'sche Verfahren der osteoplatischen Resektion und die autoplastische Methode mit Ueberpflanzung eines abgemeißelten Tibiaknochenstückes erfolgreich angewendet. Auch gelang es, die aufbewahrten ausgesprengten Stücke des Schädels nach längerer Aufbewahrung und Auskochen später nach Reinigung der inficirten Wunden einzuheilen.

Aus der Arbeit geht hervor, daß die Behandlung komplicirter Frakturen der Extremitäten und des Schädels zwar mit zu den schwierigsten, aber bei zweckmäßigem Vorgehen zu den erfolgreichsten und dankbarsten Aufgaben der Chirurgie gehört. — (Centralblatt für Chirurgie.)

Zur Behandlung des Schiefhalses. Von Privatdocent Dr. Joachimsthal, Berlin. (Deutsche med. Wochenschr., 1901, No. 8.) Strohmeyer führt das Leiden bekanntlich auf einen bei der Geburt erfolgten Riß des Sternocleidomastoideus zurück, andere nehmen für dasselbe einen intrauterinen Ursprung an; neuerdings leiten Mikulicz und seine Schüler das Uebel von einem Muskelriß mit nachfolgender Invasion von Bacterien ab, die zu einer Myositis fibrosa führt, welche dann ihrerseits die Ursache der Schiefhalsstellung ist. J. ist der Ansicht, daß in den einzelnen Fällen die Aetiologie des Caput obstipum eine verschiedene ist; es giebt eben sowohl Fälle, die einen extrauterinen Ursprung haben, wie solche, deren congenitaler Character außer Frage steht, wie er an seinem Material beobachten konnte. Was die Therapie des Caput obstipum anlangt, so wurde bereits im 17. Jahrhundert die Verkürzung des Kopfnickers mit offener Durchschneidung desselben geübt. Dupuytren ersetzte 1822 das offene Verfahren durch die subcutane Durchschneidung. Aber einerseits die Gefahr der Verletzung der großen Halsgefäße, andererseits die Unmöglichkeit, auf subcutanem Wege alle verkürzten Stränge zu durchschneiden, führten Volkmann wieder dazu, das in der Zeit der Asepsis ungefährliche offene Verfahren zu empfehlen, welches sich dann schnell einbürgerte. Endlich hat Mikulicz 1895, indem er für die leichteren Grade wieder das subcutane Vorgehen empfahl, für alle schwereren Formen von musculärem Schiefhals die Exstirpation des verkürzten Kopfnickers als Normalverfahren angegeben. Abgesehen jedoch von der größeren Ausdehnung des Eingriffs bringt derselbe in kosmetischer Hinsicht einige Nachtheile mit sich, nämlich abgesehen von der beträchtlichen Größe der zuweilen einen keloidartigen Character annehmen-

den Narbe, eine starke Abflachung des Halses. Die durch den Fortfall des Muskels bedingten functionellen Störungen sind in der Regel nur geringfügiger Natur. Die Bedenken gegen Mikulicz' Methode würden fortfallen, wenn die Resultate der bisherigen Methode wirklich so mangelhaft wären. J. kommt nun auf Grund von 14 Fällen, welche er im Laufe der letzten drei Jahre mittels offener Durchfchneidung operirt hat, zu anderer Ansicht. Die Methode war folgende: Von einem möglichst kleinen Hautfchnitt zwifchen den beiden Köpfen des M. sternocleidomastoideus aus wurden in ausgedehntester Weise alle verkürzten Weichtheile durchtrennt, die Wunde in ganzer Ausdehnung vernäht. Nach 10 Tagen wurde der erste Verband entfernt, und nach ausnahmslos eingetretener primärer Heilung der Wunde mit der Nachbehandlung begonnen, die ohne Verwendung weiterer Hilfsmittel lediglich in Massage, activen und passiven Umkrümmungen und Suspensionsübungen bestand und durchfchnittlich vier Wochen fortgesetzt wurde. Die Patienten standen im Alter von 11 Monaten bis zu 26 Jahren. Die erhaltenen Resultate in Bezug auf die Stellung des Kopfes waren stets vollkommen zufriedenstellend, die Patienten hielten denselben nicht nur aufrecht und genau in der Mittellinie, sondern bewegten ihn auch frei nach beiden Seiten. Die Narbe war später meist kaum aufzufinden. Die Halswirbelskoliose und ebenso anderweitige Verkrümmungen der Wirbelsäule waren stets vollkommen gefchwunden.

Die Radicaloperation kindlicher Hernien. Von Dr. H. Maass (Berlin). (Deutfche med. Wochenfchrift, 1901, No. 10.) Die kindlichen Hernien geben viel seltener die Indication zu chirurgifchen Eingriffen als die der Erwachsenen, weil die große Mehrzahl der angeborenen resp. frühzeitig erworbenen Brüche unter geeigneter Bruchbehandlung, ja oft auch ohne eine solche, infolge der mit dem fortfchreitenden Wachsthum zunehmenden Verengerung der Bruchpforten spontan verfchwindet. Von den beiden häufigsten Bruchformen des Säuglingalters pflegt der Nabelbruch fast immer, der Leistenbruch in der Mehrzahl der Fälle bereits gegen Ende des ersten Lebensjahres zur Heilung zu kommen. Die das erste Lebensjahr überdauernden Hernien können ebenfalls noch später spontan heilen, bieten jedoch keine so günstige Prognose wie die Säuglingshernien; dasselbe gilt von denjenigen Hernien, die erst im zweiten Lebensjahre oder noch später hervorgetreten sind; diese zeigen oft keine Tendenz zur Heilung. Bei diesen Hernien ist die Radicaloperation daher der lästigen, langwierigen und doch unzuverlässigen Bandagenbehandlung vorzuziehen; da-

gegen darf man die Indication zur Operation auf die Säuglingshernien im Allgemeinen nicht ausdehnen; denn ganz gefahrlos ist die Radicaloperation nicht und wie gesagt, heilen die letzteren bei conservativer Behandlung meist aus. Von den Hernien der Säuglinge sind nur solche operativ zu beseitigen, die bei sehr großen Bruchpforten trotz Bandagenbehandlung immer größer werden oder die wegen hartnäckiger Hautekzeme ein Bruchband nicht vertragen — resp. bei denen die Bandagenbehandlung aus äußeren Gründen auf Schwierigkeiten stößt; eine fernere Indication bildet die Irreponibilität des Bruches durch Adhärenzen des Bruchinhaltes, die allerdings bei Säuglingen sehr selten ist. Incarcerationen von Leistenbrüchen sind im Säuglingsalter relativ häufiger als in den späteren Kinderjahren, doch gelingt in der Regel die Taxis schon bei oberflächlicher Narcose ziemlich leicht; da sich aber Einklemmungen bei Säuglingen leicht wiederholen, so empfiehlt es sich, die Radicaloperation unmittelbar anzuschließen. Schließlich bilden Complicationen von Leistenbrüchen mit Ectopia testis resp. ovarii eine Operationsanzeige, sofern sie die Anlegung eines passenden Bruchbandes hindern oder an sich einen operativen Eingriff erfordern. Bei einer derartigen Indicationsstellung bietet sich auch bei einem großen Kindermaterial nicht häufig die Gelegenheit zur Operation; M. hat in 5 Jahren 33 Kinder wegen Hernien operirt, 2mal handelte es sich um übermäßig große und wachsende Nabelbrüche, 31mal um Leistenbrüche. Ein einziges Mädchen war darunter 10 Monate alt; hier nöthigten Incarcerationserscheinungen einer rechtsseitigen Leistenhernie zum Einschreiten; die Operation ergab jedoch als Bruchinhalt keinen Darm, sondern die gesammten rechtsseitigen Adnexe, Ovarium mit Parovarium, Tube und Lig. latum, die sich in Folge mehrfacher Stieldrehung im Zustande hochgradiger hämorrhagischer Infarcirung befanden und deshalb resecirt werden mußten. Die übrigen 30 Fälle betrafen Knaben, darunter 10 Säuglinge, von denen der jüngste 3 Monate alt war, 9 Kinder standen im zweiten, 5 im dritten, 6 im vierten bis achten Lebensjahre; 4mal war der Bruch doppelseitig. Alle Kinder überstanden die Operation sehr gut und sind, soweit sich dies feststellen ließ, recidivfrei, so daß sie als dauernd geheilt gelten können. Die Resultate sind also in jeder Beziehung besser als bei den Erwachsenen. Der Grund für die guten Dauererfolge bei Kindern liegt vor allem in dem Umstand, daß die Bruchpforten des Kindes, sobald sie nicht mehr durch die heraustretenden Intestina auseinander gedrängt werden, sich sehr schnell spontan verengen und daß der Leistenkanal mit fortschreitendem Wachsthum nicht nur länger wird, sondern auch einen viel schrä-

geren Verlauf annimmt. Aus diesem Grunde sind die complicirten plastischen Operationsmethoden von Czerny, Bassini, Mac Ewen, Kocher u. A. bei kleinen Kindern völlig entbehrlich; man kommt, wie schon Karewski gezeigt hat, mit der einfachen Resection des Bruchsackes aus. In dieser Weise hat M. seine sämmtlichen Fälle operirt, ohne einen Mißerfolg zu erleben. Demnach gestaltet sich der Eingriff folgendermaßen: Ein 3—4 cm langer, von der Bruchpforte schräg abwärts verlaufender Hautschnitt genügt, die Bruchhüllen mit dem Hoden hervorzuziehen und nach Längsspaltung der äußeren Bruchhüllen die eigentliche Bruchsackserosa möglichst stumpf zu isoliren. Nach der Isolirung erfolgt die Reposition des Bruchinhaltes, falls sie nicht schon vorher mit dem Eintreten tieferer Narcose spontan erfolgt ist. Die Eröffnung des Bruchsackes hat er in der Regel unterlassen, weil die zarte kindliche Serosa so durchsichtig ist, daß auch der uneröffnete Bruchsack über die Reposition seines Inhaltes keinen Zweifel läßt; manchmal reißt der Bruchsack wegen seiner Zartheit bei der Isolirung spontan ein; im Uebrigen kann man die Eröffnung auf die incarcerirten bezw. adhärenten Hernien beschränken. Der leere und gut isolirte Bruchsack wird schließlich stark angezogen, mehrfach torquirt und hoch am Bruchsackhals mittels Durchstechungsligatur unterbunden und zwar mit Seide, da sich Catgut nicht bewährte. Der unterbundene Serosastumpf wird in die Bauchhöhle versenkt. Es folgt die Reposition des Hodens mitsammt den Bruchhüllen, Blutstillung und Hautnaht, darüber Jodoformcollodiumverband. Am sechsten Tage nach der Operation werden die Nähte entfernt und die Narbe nochmals mit Jodoformcollodium überpinselt. Die Nachbehandlung gestaltet sich auf diese Weise so einfach, daß man selbst bei größeren Kindern die Operation poliklinisch ausführen kann. Die allgemeine Reaction ist sehr geringfügig; die örtliche ist etwas stärker, indem bald nach der Operation ein starkes Oedem des Scrotum, mitunter auch des Penis auftritt, das aber sehr schnell zurückgeht; länger pflegt dann noch längs des Samenstranges eine harte Schwellung der abgelösten Bruchhüllen zu bestehen, die erst im Verlauf von Wochen ganz verschwindet. Unter den Gefahren, die der Eingriff für die kleinen Patienten bedingt, steht obenan die Gefahr der Narcose; die Gefahr der Infection ist nicht groß, besonders wenn man, wie M., ohne Eröffnung des Bruchsackes operirt. Dagegen ist die Gefahr, das Vas deferens oder die Hodengefäße zu verletzen, selbst bei sorgfältigster Technik nicht immer zu vermeiden. M. erlebte in einem Fall dieses Mißgeschick, wo es später zur Hodennecrose und Fistelbildung

kam und 10 Monate nach der Operation der betreffende Hoden entfernt werden mußte. In einzelnen Fällen bildeten sich Adhäsionen des Hodens mit der Narbe, die aber weiter keine Störungen machen und durch Massage leicht zu lösen sind.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Zur Hofmeier'schen Frage. Von Dr. Arthur Mueller. (Aus dem Sitzungsberichte der Gynaekologischen Gesellschaft zu München vom 30. Mai 1900.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. Bd. XII. 4.

Ausgehend von den beiden Fragen:

1. Ist die Desinfektion der Kreißenden, speziell die der Scheide vor einem intrauterinen Eingriff, vor allem vor der Placentarlösung, in der von Hofmeier geforderten Ausführung für die Praxis empfehlenswerth oder nothwendig?

2. Ist diese Nothwendigkeit für jeden Fall der Praxis so zweifelhaft bewiesen, daß man dieselbe zum Gesetze machen darf, also zu einer dauernden Vorschrift, deren Umgehung in jedem Einzelfalle strafbar ist?

kommt M. zu der Anschauung, es sei durchaus nicht unwahrscheinlich, daß allein mit Heißwasser - Seifendesinfection und reichlicher Einseifung, besonders der Hand und der Arme, dieselben Resultate zu erzielen sind, wie mit Lysol.

Von intrauterinen Eingriffen führte er in dieser Weise selbst aus:

1. die manuelle Placentarlösung 30mal.
2. die manuelle Entfernung von Eiresten 22mal,
3. die Ausschabung nach Abortus und Frühgeburt 22mal,
4. die Ausschabung nach Geburt 14mal,
5. die intrauterine Ballondilatation mit seinem großen Ballon bei der Geburt 15mal,
6. die intrauterine Ballondilatation mit dem großen Ballon zur Einleitung der Frühgeburt 28mal.

Im Ganzen also 131 intrauterine Eingriffe in utero gravido.

Von diesen Kreißenden, soweit sie gesund in Behandlung traten, erkrankte keine an schwererem Wochenbettfieber, Parametritis etc. und starb keine.

Dieses günstige Resultat glaubt M. allerdings nicht nur auf die präventive Desinfection, sondern auch auf die energische postoperative Desinfection und auf die im Wochenbett von ihm stets beibehaltenen täglichen Scheidenspülungen

ſchieben zu dürfen (Seife und Lysol, nie Sublimat). Bei der geringsten Temperatursteigerung mit abnormen Geruch der Lochien führte er außerdem profuse Uterusspülungen mit Formalin aus.

Auf Grund dieser günstigen Erfahrungen mit der Scheidendesinfection kann er Hofmeier's Empfehlung der prinzipiellen Scheidendesinfektion vor der Placentarlösung nur beistimmen; vom Standpunkt des in der Praxis stehenden Arztes muß er aber der Forderung, dieselbe zum Gesetz zu erheben, entſchieden widersprechen.

Es erſchien ihm oft die momentane Gefahr des Verblutungstodes während der Dauer einer ſchulmäßigen Desinfektion größer, als die nur als „möglich" zu berücksichtigende einer Infektion.

„Wir müssen als praktiſche Aerzte," sagt M., „für uns das Recht in Anspruch nehmen, wenn uns dringende Gefahr im Verzuge vorhanden zu sein ſcheint, sogar ohne jede vorangehende Desinfektion des Operateurs einen lebensrettenden Eingriff sofort vorzunehmen, uns einfach über die Regeln der Schule hinwegzusetzen."

Ferner führt er aus, es sei nicht möglich, auf Grund von Durchſchnittzahlen eine maßgebende Vorſchrift zu geben, wieviel Blut man im Einzelfalle fließen lassen darf oder soll. Es müsse hierin dem praktiſchen Arzte in jedem einzelnen Falle die Beurtheilung nach den subjektiven Erſcheinungen, der Konstitution und eventuell nach dem Prinzip, „überhaupt möglichst Blut zu sparen", überlassen bleiben.

Was die Zeit anbelangt, bis zu welcher man mit der künstlichen Entfernung der Placenta warten „dürfe" (nicht „müsse"), wenn es nicht blutet, so sei gegen zwei Stunden als Regel nichts einzuwenden. Tagelanges Zuwarten, wie es von manchen Seiten befürwortet wird, verwirft er entſchieden.

Mit Recht sagt M. im Uebrigen: „Die praktiſchen Aerzte können verlangen, daß die praktiſchen Verhältnisse, in denen zu wirken sie gezwungen sind, bei der Beurtheilung ihres Verhaltens berücksichtigt werden und daß man nicht einfach die abweichenden Verhältnisse der Klinik auf sie überträgt" und ferner:

„Jeder kliniſche Lehrer beansprucht für sich das Recht, seinen Schülern das, was er für das Beste erkannt zu haben glaubt, als das allein Richtige, als „seine Methode" zu lehren. Dem in der Praxis stehenden Arzte muß aber ebenso als denkendem Menſchen für seine Person das Recht gewahrt bleiben, sich „seine Methode" selbst zu bilden oder

von Fall zu Fall zwischen verschiedenen Methoden zu wählen, wie es ihm seine eigenen Erfahrungen und die momentanen Verhältnisse zu verlangen scheinen. Man kann oft auf sehr verschiedenen Wegen dasselbe Ziel erreichen," Worte, denen man im Allgemeinen seinen Beifall nicht wird versagen können.

(Der Frauenarzt.)

Die Melli-Walcher'sche Lage. Von Dr. Perondi. (Der Frauenarzt, 1900, H. 169.) Man weiß seit langem, daß die Beckenknochen durch die Schwangerschaft eine gewisse Beweglichkeit gegen einander gewinnen. Diese erzeugt eine Erweiterung des Beckenringes, wodurch die Austreibung des Fötus begünstigt wird. Man sprach diese Thatsache schlechthin aus, ohne die ganze Tragweite derselben zu berücksichtigen. Korsch stellte dann im Jahre 1881 zu diesem Behufe wissenschaftliche Untersuchungen an den Leichen frisch Entbundener an und kam zu dem Entschluß, dass die Schwangerschaft das Becken erweitere, daß diese Erweiterung sich auf den Beckeneingang bezöge, am größten im geraden Durchmesser des Introitus und nur geringfügig in den schiefen Diametern sei, daß sich der Ausgang umgekehrt verhalte und daß die Erweiterung vorzüglich auf einer Steigerung der Beweglichkeit der Hüftfugen beruhe. Er stellte hierüber ziffernmäßige Berechnungen an, aber die Ergebnisse seiner Untersuchungen vermochten sich keine Anerkennung zu verschaffen. Erst 1889 wies Walcher in einer alle Welt überzeugenden Weise nach, daß sich das Becken in wahrnehmbarer Weise erweitern könne und daß diese Erweiterung sehr ausgesprochen sei, zumal bei leicht plattem Becken, wenn man die Frau langsam aus der Rückenlage mit angezogenen und gekrümmten Knien in eine andere Lage brächte, in welcher unter Innehaltung der Rückenlage die Hüften soviel wie möglich über den Bettrand hinaushingen und die Beine bei einem unter das Kreuz geschobenen Kissen frei über dem Boden schwebten, ohne diesen zu berühren. Der Beweis hierfür wurde bei sechs Frauen, die sich am Ende der Schwangerschaft befanden, erhoben. Bei allen handelte es sich um leicht verengte Becken, und wurde bei ihnen (die Conjugata vera schwankte zwischen 8 und 13 cm) im Durchschnitt eine Vergrößerung um 1 cm erzielt und zwar durch die Lage mit hängenden Beinen. Um den Beweis dafür zu erbringen, genügte es, die Frauen wieder in die erstere Lage zurück zu versetzen, wobei sich dann die Durchmesser wieder von der geringeren zuerst erhobenen Länge erwiesen. Eine so einfache und praktisch werthvolle Ergebnisse darbietende Entdeckung konnte nicht verfehlen, in der ganzen wissen-

ſchaftlichen Welt Widerhall zu finden. Man nannte die neue Lage die „Walcher'ſche Lage". Italieniſche Geburtshelfer bemerkten dann, daß ſchon ihr Landsmann Melli die nämliche Methode empfohlen hatte und man nennt dieselbe seitdem die Melli-Walcher'ſche Lage.

Die Frage, wie die Vergrößerung der Conjugata vera zu Stande kommt, haben Küster und Fothergill beantwortet. Man stellte fest, daß die Beckendurchmessererweiterung ihre Entstehung einer wirklichen Rotationsbewegung der Hüftbeine um das Kreuzbein verdankt, indem diese eine Kreisbewegung um dasselbe beſchreiben und sich nach vorne, nach unten und ein wenig nach außen bewegen. Dies kommt daher, weil das Gewicht der Beine im Stande ist, den Widerstand der Ligamenta sacro-iliaca zu überwinden, desgleichen denjenigen der Muskeln der vorderen Bauchwand und des Psoas, die also ausgedehnt werden und dadurch die in Frage stehende Drehbewegung gestatten. Der gerade Durchmesser des Beckenausganges vermindert sich dabei in dem Maße, wie sich die Conjugata vera erweitert. Darauf fand die Methode Eingang in die Kliniken und günstige Ergebnisse blieben nicht aus.

Die Melli-Walcher'sche Lage wird ein mächtiges Hilfsmittel bei ſchwierigen Entbindungen werden, besonders bei Verengerungen des knöchernen Beckens. Bei dem gewöhnlichsten derartig verengerten Becken, dem platten Becken, ergiebt sich, daß die Erweiterung des geraden Durchmessers des Beckeneinganges noch mehr als die mittlere Größe desselben ausmacht (1 cm), und daß sie bei dieser Beckenform selbst 1,50 cm zu erreichen im Stande ist, weil bei ihr das Kreuzbein von oben nach unten und von hinten nach vorne verſchoben ist, so daß infolgedessen die Wirkung der Rotation eine viel ausgesprochenere wird, zumal wenn die Frau die Steinſchnittlage mit der Melli-Walcher'ſchen vertauſcht.

Wenn sich die Geburt durch ungenügende Wehenkraft verzögert, auf Grund einer Schwäche der Gebärmuttermusculatur, oder durch mangelnde Anpassung der kindlichen Kopfdurchmesser, durch Rigidität der weichen Geburtswege oder durch übermäßige Größe des Fötus, so wird diese Methode meist Vortheile bieten, besonders wenn die Nothwendigkeit besteht, die Geburt unverzüglich zu Ende zu bringen. Kann man aber in einem gegebenen Falle nicht auf die Anlegung der Zange verzichten, so bietet auch hierbei die Hängelage wichtige Vortheile: die Traction läßt sich besser vornehmen und entspricht mehr der Beckenachse; auch wird der Damm viel weniger gespannt, so daß weder so ſchwere,

noch so häufige Dammzerreissungen wie bei anderen Lagen eintreten. Die glänzendsten Resultate aber hat die Melli-Walcher'sche Lage bei der Herausziehung des Kindes an den Füßen ergeben. Diese neue Lage wird auch die Indicationsgrenzen für die Symphyseotomie praecisiren, ohne jedoch je im Stande zu sein, sie zu ersetzen, wie dies schon — mit Uebertreibung — ausgesprochen worden ist.

Das Schicksal hereditär-syphilitischer Kinder. Von Prof. Richard Pott (Halle a. S.). (Münchener med. Wochenschrift, 1901, No. 8.) P. berichtet über seine allgemeinen Erfahrungen betreffs der hereditär-syphilitischen Kinder auf Grund der Beobachtungen an seiner Kinderpoliklinik in den Jahren 1876—1897. In dieser Zeit kamen 31865 Kinder zur Behandlung; von diesen litten 354 Kinder an Lues hereditaria; außerdem behandelte P. in der Privatpraxis noch 58 hereditär-syphilitische Kinder, also im Ganzen 412 Fälle. In der Privatpraxis betrug die Mortalität dieser Kinder 21 pCt.; von den poliklinischen hereditär-syphilitischen Kindern gelangte der Tod bei 18 pCt. zur Kenntniss. Offenbar ist die scheinbar geringere Mortalität dadurch zu erklären, daß sich von der poliklinischen Clientel ein großer Theil bald der Behandlung entzieht, besonders wenn die Krankheit sich verschlimmert. Die Zahlen beweisen also nichts. Von den 54 verstorbenen Kindern starben 14 bereits im ersten Monate ihres Lebens. Im Allgemeinen waren die von P. beobachteten Kinder rechtzeitig und anscheinend gesund, d. h. frei von syphilitischen Erkrankungen, geboren. Je später die syphilitischen Erscheinungen zu Tage traten, um so mehr Aussicht besteht, die Kinder am Leben zu erhalten; allerdings dürfen sie weder der Spitalspflege übergeben, noch künstlich ernährt werden. Am besten ist es, die Kinder von ihrer Mutter nähren zu lassen, selbst wenn diese frei von Syphilis ist, oder man muß eine Amme ausfindig machen, welche syphilitisch gewesen ist oder selbst ein syphilitisches Kind geboren hat. Leider ist man meist auf die künstliche Ernährung angewiesen, und dabei sterben die hereditär-luetischen Kinder meist trotz aller Sorgfalt; ein intercurrenter Brechdurchfall führt bei ihnen wohl ausnahmslos zum Tode. Daher ist im ersten Lebensjahr die Mortalität am größten; unter den Verstorbenen hatten nur 7 das erste Lebensjahr erreicht resp. überschritten. Häufig tritt der Tod ganz plötzlich ein und die Todesursache liegt nicht klar zu Tage, selbst bei der Section nicht; in einem Theil der Fälle ist eine interstitielle Pneumonie von verschiedener Ausdehnnng die Todesursache; die Diagnose der specifisch-syphilitischen Lungenentzündungen kann man in vielen Fällen überhaupt

nicht, in anderen nur vermuthungsweise stellen. Fiebererscheinungen fehlen oder sind nicht characteristisch, ebenso vermißt man deutlich abgegrenzte Dämpfungsbezirke. Ein auffallendes Symptom ist indessen eine sehr oberflächliche, verlangsamte, oft mühsame Athmung und die Häufigkeit des Absetzens beim Trinken, um Luft zu holen. Bei specifischer antisyphilitischer Behandlung bessern sich diese Erscheinungen. — Ferner ist, worauf man erst in neuerer Zeit aufmerksam geworden ist, die Niere fast regelmäßig an der congenitalen Syphilis betheiligt. Die specifische Veränderung betrifft ausschließlich das interstitielle Gewebe, die Gefäße und manchmanchmal die Glomeruli. Diese Nierenerkrankungen werden dann fast immer übersehen, weil der Urin der Säuglinge nicht regelmäßig untersucht werden kann. Vielleicht sind die Krämpfe, unter denen so häufig die syphilitischen Kinder sterben, als urämische aufzufassen. Negativ ist der Sectionsbefund von Seiten des Centralnervensystems. Nur in einzelnen Fällen wird ein Hydrocephalus ev. mit den Krämpfen in in Verbindung gebracht werden können. Nicht ganz selten sind die syphilitischen Erkrankungen der Thymusdrüse, Milz, Leber und des Pancreas, manchmal gehen die hereditärsyphilitischen Kinder unter Entwicklung eines hochgradigen Icterus zu Grunde durch einen Verschluß der Gallenausführungsgänge infolge einer meist diffusen Hepatitis syphilitica. Auch ein congenitaler Verschluß der großen Gallengänge kommt vor, obwohl der Nachweis der Lues hierbei nicht immer zu führen ist. — Eine große Gefahr bilden für die hereditär-syphilitischen Säuglinge die blasenbildenden oder mehr pustulösen Hautausschläge, die Excoriationen und Rhagaden an den Schleimhautübergangsstellen, indem diese Stellen leicht die Eingangspforte für septische Infectionserreger bilden. Eitrige Meningitiden, Pleuritis, Peritonitis, Gelenkvereiterungen etc. bilden daher einen nicht seltenen Obductionsbefund. Auch die hämorrhagischen Formen der hereditären Syphilis faßt P. als Folge einer solchen septischen Mischinfection auf. Solche Blutungen, z. B. im Magendarmkanal, aus dem Nabel, sind oft nicht zu stillen und führen dann zum Tode. — Nach der Schätzung P's. bleiben etwa zwei Drittel der hereditär-syphilitischen Kinder am Leben. Ist das erste Lebensjahr überschritten, so kommt Syphilis als direkte Todesursache nur noch sehr selten in Frage. Dagegen machen sich Nachwehen der Krankheit noch im späteren Kindesalter geltend und heilen dann schnell unter einer specifischen Behandlung. In vielen Fällen findet man bei den geheilten oder sonst aus der Behandlung gegangenen Kindern nach 1—2 Jahren kaum noch Spuren der Syphilis; bei andern deuten verschiedene Zeichen, wie Sattel-

nase, die Configuration des Schädels, bestimmte Knochenauftreibungen und Verdickungen, characteristische Narbenbildungen am Mund, an den Augenwinkeln, am Anus, auf die überstandene Krankheit hin. Nur ausnahmsweise kommt es bei solchen Kindern zu schwer anämischen Zuständen mit Vergrößerung der Leber und vor allem der Milz, die einen festen, großen, palpablen Tumor bildet; auch Schwellungen der oberflächlich liegenden Lymphdrüsen sind zu constatiren. Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist beträchtlich vermehrt, die der rothen vermindert. Bei der größten Zahl der an hereditärer Lues behandelten Kinder treten Recidive ein, bisweilen im Anschlusse an fieberhafte Catarrhe, auch, wie P. gesehen hat, im Anschluß an die Vaccination. Als typisch für die Periode der Recidive müssen die condylomatösen Haut- und Schleimhaut-Erkrankungen gelten. Seltener sind Knochenauftreibungen an der Schädeldecke, an den Schlüsselbeinen, an der Nase oder tiefgreifende serpiginöse Geschwüre des Haut- und des Unterhautzellgewebes, Erkrankungen des Centralnervensystems, Lähmungen oder Krampfzustände. Schließlich kann die hereditäre Syphilis jedoch zur völligen Ausheilung gelangen, ohne irgend welche Spuren zu hinterlassen. In einigen Fällen, besonders in solchen, wo im späteren Kindesalter auch schwere Tertiärerscheinungen der hereditären Syphilis zu Tage treten, macht sich der Einfluß des syphilitischen Giftes auf das Gesammtwachsthum und die Pubertätsentwicklung im hohen Grade geltend. Die Betreffenden bleiben auf einer infantilen Stufe stehen; die Pubertätsentwicklung verzögert sich auf Jahre hinaus, die Geschlechtsdrüsen sind rudimentär entwickelt. In diesem Stadium können sich auch Gummata der Leber, Milz etc. entwickeln; auch auf der Haut, an der Zunge, am Pharynx, im Kehlkopf, im Nasenrachenraum bilden sich Gummata mit Neigung zu Zerfall, es entstehen Gaumendefecte, Ozaena, Zerstörungen des Nasengerüstes. Sehr selten kommen diese Symptome der Lues congenita tarda schon im frühen Säuglingsalter zur Beobachtung. Außerdem treten im tertiären Stadium der hereditären Lues noch andere Knochenerkrankungen (Tophi an den Schienenbeinen, an den Schädelknochen etc.) auf, ferner Gelenkerkrankungen (Hydrops, rheumatoïde Gelenkaffectionen). Ferner kommen auch syphilitische Erkrankungen des Centralnervensystems im späteren Kindesalter vor, oft ist es allerdings schwer zu entscheiden, ob die Erkrankung luetischer Natur ist. — Was die Hutchinson'sche Trias bei congenitaler Lues anlangt, so versteht man bekanntlich darunter das Vorhandensein der Residuen einer interstitiellen Keratitis, einer central bedingten Schwerhörigkeit oder Taubheit und eine characteristische Difformität

der oberen bleibenden Schneidezähne. Die Hutchinsonschen Zähne fanden sich nicht constant, in einzelnen Fällen aber in sehr typischer Weise ausgebildet, so daß ihr Vorhandensein als pathognomonisch für frühere hereditäre Lues gelten kann, aber nicht umgekehrt. Die interstitielle luetische Keratitis hat im Allgemeinen eine gute Prognose, wenn auch Ausnahmen vorkommen. Schlecht ist dagegen die Prognose der durch hereditäre Lues bedingten Taubheit oder Schwerhörigkeit. Hier ist keine Besserung zu hoffen; kommt es zu absoluter Taubheit, so können die Kinder die Sprache wieder verlieren.

Verschiedenes.

Behandlung des Pruritus senilis. Janicke (Breslau) empfiehlt gegen Pruritus senilis vorsichtiges Bürsten der erkrankten Haut mit einer weichen Bürste. Dadurch wird die oberste Schicht der abgestorbenen Epidermis entfernt und ein nutritiver Reiz auf die Haut ausgeübt. Nach jedem Bürsten bemerkt man auf dem Boden große Massen eines weissen Staubes, und erst nach einer 4—5tägigen Behandlung nehmen die durch das Bürsten entfernten Epidermisschüppchen ab. Die Prozedur ist zunächst dreimal am Tage 10 bis 20 Minuten auszuführen, später kann man auf zwei resp. eine Sitzung täglich sich beschränken; später kann man sogar Pausen von 1 resp. 2 Tagen machen. Ueber diese Zeit hinaus darf man nicht pausiren, will man nicht wieder eine Verschlimmerung der auf ein Minimum verringerten, oft auch gänzlich verschwundenen Beschwerden herbeiführen.

Läßt man den Kranken zwischendurch baden, so ist am Tage nach dem Bade der Erfolg des Bürstens gleich Null und die Haut muß wieder gewissermassen austrocknen, um den alten Erfolg zu erzielen. Bei den Patienten selber sind gewöhnlich zwei getrennte Empfindungen zu verzeichnen. Während die Bearbeitung der Haut mit einer scharfen Bürste, oft bis zur Verletzung der Haut, von den Kranken als wohlthuend empfunden wird, so vermehrt die oben angeführte Behandlungsweise während ihrer Ausführung, besonders in den ersten Tagen den Juckreiz; bald nach dem Aufhören des Bürstens dagegen tritt Erleichterung ein. Man kann dieselbe bedeutend vergrössern, wenn man in den ersten 2—3 Tagen unmittelbar nach dem Bürsten die Haut mit Alkohol bestreicht und diesen verdunsten läßt. Diese Alkohollösungen sind nach einigen Tagen durch Einreibungen mit reinem Schweinefett oder Lanolin zu ersetzen.

(Centralbl. f. inn. Med. No. 48. 00.)

Dr. Leo Leistikow hat in einer Arbeit: **Ueber Ichthargan, ein neues Mittel gegen Gonorrhoea anterior acuta,** dasselbe an einer Reihe von 55 Fällen unter den verschiedensten Modificationen angewendet

und bestens bewährt gefunden. In seinem Berichte hierüber („Monatshefte für praktische Dermatologie" 1900, XXXI. Bd.) gelangt er nach genauer Darlegung der Methodik und nach Detailangaben aus den Krankengeschichten zu den folgenden Schlußsätzen über den Wert dieser Ichthyol-Silberverbindung:

1. Das Ichthargan ist ein gutes Gonococcen tödtendes Mittel.

2. Das Ichthargan mäßigt und beseitigt die entzündlichen Erscheinungen.

3. Ichthargan-Injectionen werden am besten in 0,02—0,20/0 Stärke je nach der Hartnäckigkeit des Uebels, verordnet.

4. Prolongirte, häufig wiederholte Ichthargan-Injectionen sind die wirksamsten, gleichviel, ob sie vom Arzte oder vom Patienten vorgenommen werden.

Das Ichthargan hat also in der Praxis das gehalten, was man theoretisch von dem Präparate erwarten durfte. Wie die Silberverbindungen tödtet es schnell die Gonococcen, und eine Wiederkehr der letzteren tritt äußerst selten ein. Wie das Ichthyol bringt das Ichthargan schnell die Gonococcen aus Secret und Filamenten zum Verschwinden, verwandelt die eitrige Secretion in eine seröse. Auf Grund dieser Erfahrungen glaubt Leistikow daher, das Ichthargan den Collegen zur weiteren Prüfung empfehlen zu können.

Ein **„geburtshilfliches Wunderweib"** wurde laut „Dtsch. Praxis-Ztschr. f. prakt. Aerzte" in Budapest von Dozent St. Tóth vorgestellt. Dieselbe hatte enges Becken und mußte deshalb bei ihrer vor 6 Jahren erfolgten ersten Geburt das Kind mit dem Kaiserschnitt zur Welt befördert werden. Seit dieser Zeit war sie zehnmal schwanger und mußte dabei sämmtliche größeren geburtshilflichen Operationen überstehen: bald war die künstliche Frühgeburt, bald der künstliche Abortus, bald wieder die hohe Zange oder die künstliche Ablösung der Placenta usw. bei ihr nothwendig; bei ihrer elften Schwangerschaft hatte sie sich zu spät gemeldet, so daß die künstliche Frühgeburt nicht mehr eingeleitet werden konnte, deshalb mußte das Ende der Schwangerschaft abgewartet werden, um sie nochmals mit Sectio caesarea ein lebenden Kindes zu entbinden. Interessant war dabei die Narbe der vor elf Jahren erfolgten ersten Kaiserschnittes zu betrachten, welche als eine dünne gebliche Linie zum Vorschein kam. Um die Frau vor weiteren Gefahren zu verschonen, kann es immerhin vom Standpunkte der Humanität für gerechtfertigt betrachtet werden, daß sie anläßlich dieser Operation zugleich (selbstverständlich mit ihrer Einwilligung) steril gemacht wurde, indem beide Tuben resecirt worden sind. Hiermit wurde ihre fernere Operationsanlage voraussichtlich vollkommen „abgeschnitten".

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 4. IXL. Jahrgang. 25. April 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber Ichthalbin. Der Gehalt natürlicher Eisenwässer an gelöstem Eisen. — Der Priessnitz'sche Umschlag, seine klinische und therapeutische Bedeutung. Zur Opiumcur nach Flechsig. Zur arzneilichen Behandlung der Dyspepsien. Ueber die Heilwirkung großer Dosen von Olivenöl bei Stenosen des Pylorus und des Duodenums. — Ueber traumatische Muskelverknöcherungen. Die chirurgische Behandlung der Defecte des Gaumens. Die Behandlung der Erfrierungen. — Ueber partielle Schlaffheit der Collumwand während der Schwangerschaft und Geburt. Ueber die Anzeigen zur palliativen und radicalen Behandlung der Uterusmyome. Zur Therapie der Cholera infantum.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber Ichthalbin. Von Dr. Otto Binder. (Wien. med. Woch.) Ichthalbin oder Ichthyoleiweiß ist ein geschmack- und geruchloses Ichthyolpräparat und wurde zuerst von Dr. Vieth in Heidelberg hergestellt und von der chemischen Fabrik von Knoll & Comp. in Ludwigshafen a. Rh. in den Handel gebracht.

Daß das Ichthyol seit Jahren in der Gynäkologie, Dermatologie und internen Medizin mit Recht vielfache Verwendung gefunden und daß mit diesem Präparate segensreiche Erfolge erzielt wurden, hat wohl jeder beschäftigte Praktiker schon lange erfahren; aber ebenso hat Jeder die Wahrnehmung machen müssen, daß der penetrante Geruch und üble Geschmack des Ichthyols oft den Arzt gezwungen haben, dieses Mittel trotz seiner guten Eigenschaften bei manchem Patienten aussetzen zu müssen.

Da nun das Ichthalbin neben den bekannten guten Wirkungen seiner Grundsubstanz, des Ichthyols, weder üblen Geschmack noch schlechten Geruch besitzt, so läßt es sich in den meisten Fällen, in denen eine Ichthyolwirkung erwünscht ist, nicht nur als ebenso guter und ebenbürtiger, sondern oft als besserer und seiner festen Form wegen bequemerer Ersatz für Ichthyol verwenden, womit B. aber nicht behaupten will, daß dadurch das Ichthyol aus unserem Arzneischatze als überflüssig zu eliminiren sei.

Seit länger als zwei Jahren verwendete B. Ichthalbin in mehreren hundert Krankheitsfällen und erzielte damit so überraschend günstige Resultate, daß er keinen Anstand zu

nehmen braucht — ohne hierzu von irgend einer Seite aufgefordert zu sein —, daß er mit keinem der neueren Arzneimittel, deren er eine ziemliche Anzahl auf ihren therapeutischen Werth geprüft, so zufrieden gewesen sei wie mit Ichthalbin. Eben dieser Umstand veranlaßt ihn als praktischen Arzt, dieses Mittel den Collegen zum Gebrauche und zu weiteren Versuchen zu empfehlen, in der Ueberzeugung, daß er damit ihnen und ihren Kranken einen Dienst erweise und daß sie in kurzem ebensolche Anhänger dieses Präparates sein werden wie er.

Ichthalbin eignet sich ganz besonders zur Verwendung in der Gynäkologie.

Gonorrhoische und katarrhalische Entzündungen der Vagina werden durch einige täglich vorzunehmende Inspersionen (B. verwendet hierzu einen Gersuny'schen Pulverbläser) mit reinem Ichthalbin rasch gebessert und schließlich beseitigt. Die Röthe und Schwellung der Schleimhaut, die Secretion und vor allem die Beschwerden schwinden sehr bald, meist schon in 3—4 Tagen. Und wenn sich hierbei noch Erosionen an der Portio vorfinden, was ja in den meisten Fällen vorkommt, so wird mancher erfahrene College staunen, in welch' kurzer Zeit sich bei Anwendung von Ichthalbin diese Geschwüre überhäuten. Die keratoplastische Wirkung dieses Mittels ist zweifellos eine eminente, nur muß es in ziemlich reichlicher Menge eingestreut werden.

Bei hyperplastischen, chronischen Metritiden, bei peri- und parametritischen Exsudaten verwendete B. Ichthalbin an Stelle der Ichthyolglycerintamponade mit gleich gutem Erfolge, ohne hierbei die Klagen der Kranken über starken lästigen Fluß und üblen Geruch und Beschmutzen der Wäsche, welches bei diesen Fällen in der Privatpraxis auch eine Rolle spielt, hören zu müssen, indem vom Ichthalbin, auch wenn es noch so reichlich verwendet wird, in 24 Stunden nichts anders übrig blieb, als eine grau-grünliche krümelige Masse, die der Hauptmenge nach aus Schwefelsalzen, Schleim und Epithelien besteht und in keiner Weise belästigt.

Der Gehalt natürlicher Eisenwässer an gelöstem Eisen. Von Prof. C. Binz (Bonn). (Deutsche med. Wochenschr. 1901, No. 14.) B. machte an einer Flasche eines natürlichen Eisensäuerlings die Beobachtung, daß der größte Theil des Eisens in Form eines feinen Niederschlages an der Innenwand der Flasche ausgefallen war auf der Seite, auf welcher die Flasche gelagert hatte. Dies war die Veranlassung für ihn, der Frage näher zu treten; er beschaffte sich aus einer Bonner Handlung eine größere Zahl von Flaschen desselben Eisenwassers, aus einer Kölner Handlung eines zweiten Eisensäuerlings und ferner direct von

der Brunnenverwaltung ein Dutzend eines dritten. Er bestimmte nun durch quantitative Analyse, wieviel Eisen in jeder der Proben gelöst und wieviel in Form von Eisenoxydul ausgefallen und an der Wand haften geblieben war und somit für den Gebrauch als Verlust zu gelten hätte. Er fand, daß bei den 13 Flaschen des ersten Eisensäuerlings der Verlust 2 mal 96—97 pCt., 3 mal 74,9—86,4 66—67 pCt., 1 mal 57,2 pCt., betrug, pCt., 3mal 3mal ging 15—20 pCt. in Verlust und 1 mal betrug der Verlust nur 1,4 pCt. Ganz brauchbar war also nur eine, annähernd brauchbar drei Flaschen. B. ging so vor, daß er das in Lösung befindliche, wie das ausgefallene Eisen jedes für sich bestimmte und die Summe zur Controle mit den Zahlen der officiellen Analyse verglich. — Bei drei Flaschen des zweiten Eisensäuerlings betrugen die Verluste resp. 43, 53 und 75 pCt., bei 10 Flaschen des dritten Eisensäuerlings 3mal 97,6—98,8 pCt., 2mal 90,7 und 93,7 pCt., 2 mal 83 und 81,8 pCt., 3mal 68,4 - 77,6 pCt. Das Eisen der untersuchten Mineralwässer ist darin als Ferrokarbonat enthalten, im Ueberschusse der Kohlensäure gelöst. Sobald die Kohlensäure entweicht und Sauerstoff zutritt, oxydirt sich das Ferrosalz zu Oxydhydrat und fällt als unlöslich aus. Man nimmt deshalb an, das Verderben solcher Wässer beruhe in erster Linie auf dem Entweichen der Säure beim Füllen des Brunnens in die Flaschen, und die Brunnenverwaltungen pflegen die nöthige Sorgfalt anzuwenden, damit dies nicht eintritt. B. prüfte deshalb auch den Gehalt einiger der untersuchten Proben an CO_2. In vier solchen sorgfältig angestellten Untersuchungen wurde im Vergleich mit den in der Litteratur niedergelegten Zahlen ein Verlust gefunden von je 36 9, 40,4, 75,2, 35 pCt. — Die Brunnenverwaltungen müssen also darauf ihr Augenmerk richten, die Füllung ihrer Wässer so zu beaufsichtigen, daß das Eisen möglichst lange, wenigstens auf ein Jahr, gelöst bleibt. Sind nur so schwache Reste von Eisen in Lösung geblieben, wie in vielen der untersuchten Proben, so sind die Wässer therapeutisch werthlos.

II. Medicin.

Der Priessnitz'sche Umschlag, seine klinische und therapeutische Bedeutung. Von Dr. J. Marcuse. (Zeitschrift f. diätetische und physikal. Therapie, H. 7. Bd. IV.) Wir sind noch weit davon entfernt, daß die hydrotherapeutischen Proceduren Allgemeingut der Aerzte geworden wären, obwohl die Hydrotherapie seit den bahnbrechenden Untersuchungen von Winternitz als ein vollberechtigtes Glied

in dem Rahmen der modernen Medicin anzusehen ist. Schuld daran trägt unzweifelhaft die noch in den weitesten Aerztekreisen vorherrschende mangelhafte Kenntniß der speciellen hydriatischen Methodik, ausgenommen hiervon ist der sogenannte Prießnitz'sche Umschlag, der selbst dort, wo „Wasserscheu" besteht, eine große Verbreitung gefunden hat. Die maßlose Uebertreibung in der Anwendung dieses Umschlags hat jedoch zu einem gefährlichen Schematismus und zu einer nicht minder gefährlichen Vernachlässigung aller weiteren, so überaus fruchtbringenden hydriatischen Maßnahmen geführt. M. unternimmt es daher, Wesen, Wirkungen und Anwendungsweisen des Prießnitzschen Umschlages genau zu präcisiren. Prießnitz, der von humoralpathologischen Anschauungen ausging, und meinte, das Wasser diene zur Ausstoßung der Krankheitsbacterien, indem es die Stoffe auflöst und herausschwemmt, oder indem es im Körper die Krisen erzeugt, vornehmlich die kritischen Schweiße, empfiehlt, um letztere hervorzubringen, Kaltwasserproceduren (Abreibung und Einpackung), als Einpackungen vor allem zwei Formen: die beruhigenden und die erregenden. Zu den ersteren werden in kaltes Wasser getauchte und nicht zu stark ausgerungene Leinwandcompressen genommen, die mit trockenen Tüchern bedeckt werden, um die Verwandlung des Wassers in warme Dünste unter Abschluss der äußeren Luft und dadurch die Beruhigung von Schmerzen etc. zu befördern. Wenn sie sehr warm geworden und zu trocknen beginnen, müssen sie durch neue ersetzt werden.

Die erregenden Umschläge werden stärker ausgerungen, auch dürfen die Compressen nicht zu vielfach zusammengelegt sein. Den Zutritt der äußeren Luft dicht abschließend, entwickeln sie eine große Hitze, was bezweckt wird. Das in der Compresse befindliche Wasser wird erwärmt, in Wasserdunst verwandelt und von der bedeckten Hautfläche aufgesaugt. Diese Umschläge werden erst gewechselt, wenn sie völlig trocken geworden sind. Die erwärmenden beruhigenden Umschläge, die Prießnitz zeitig wechseln heißt, da sie sonst, ehe sie sich stark erwärmen, kühlend und völlig trocken geworden, erregend wirken, dienen nach ihm besonders zur Beruhigung örtlicher Schmerzen und werden oft gleichzeitig mit Sitz- und Fußbädern bei Kopf-, Zahnschmerzen u. a. angewendet. Als ableitende wendet man sie in der Nähe sehr entzündeter oder schmerzhafter Stellen an. — Die moderne antiphlogistische Heilmethode nimmt einen ähnlichen Standpunkt ein. Auf den entzündeten Theil selbst wendet man deswegen nicht allzu tiefe Temperaturen an, weil diese zu intensive Reizwirkungen hervorrufen, während entfernt vom Entzündungsherde solche Applicationen

als ableitende zu verwenden sind. Bei Entzündungen in sehr tief gelegenen Organen dagegen wird man zu energischerer Kälteeinwirkung über dem erkrankten Organ selbst greifen. Die wissenschaftliche Hydrotherapie acceptirte den Prießnitz'schen Umschlag, stellte durch Experiment und Forschung seine physiologische Wirkung fest und bemaß danach seine therapeutischen Indicationen. Für die vorliegende Betrachtung unterscheiden wir kalte und erregende Umschläge, jene müssen häufiger gewechselt oder durch entsprechende Vorrichtungen in der gewünschten Temperatur erhalten werden, diese bestehen in einem gut ausgerungenen kalten Umschlag, der gut trocken bedeckt und entweder bis zur vollständigen Erwärmung oder bis zum vollständigen Trockenwerden liegen gelassen wird. Beides sind locale Proceduren und erzeugen locale Wirkungen an der Stelle der Application, die aber je nach Anwendung sehr verschieden sind. Unter kalten Umschlägen beobachtet man eine Contraction der Blutgefäße, Anämie und Verlangsamung der Blutcirculation, ferner eine Beinflussung des localen Stoffwechsels. Die peripheren Nerven werden erregt und lösen Reflexwirkungen aus, die Muskulatur wird in erhöhten Tonus versetzt, der zu gesteigerter Leistungsfähigkeit führt. — Der erregende Umschlag, der von vornherein als kalter applicirt wird, bringt zunächst die Wirkung eines solchen hervor; bald jedoch findet ein Ausgleich der Temperaturen zwischen Körpertheil und feuchtem Medium statt, der Wärmeverlust ist dann infolge der trockenen Bedeckung verhindert, es kommt zu einer Wärmestauung bis über Bluttemperatur. Die Gefäße sind erweitert, die Circulation eine lebhafte, dem entspricht eine Besserung des localen Stoffwechsels. Die Bedeckung des Umschlages soll ein schlechter Wärmeleiter sein, nicht aber ein impermeabler Stoff; erneuert muß der erregende Umschlag werden, wenn er trocken geworden ist (nach 3—5 Stunden). — Während nun kalte Umschläge bei allen localen Erkrankungen in Betracht kommen, die mit Hyperämie, Congestion oder Entzündung einhergehen, werden die erregenden Umschläge indicirt sein, wenn man lebhafte arterielle Fluxion, Steigerung des Stoffwechsels, Resorption anregen will. Von besonderem Interesse sind der Brust-, Stamm- und Leibumschlag. Sie werden so angelegt, dass ein in 18—22° kaltes Wasser eingetauchtes und ausgerungenes Leinentuch um den Körper faltenlos geschlungen und von einem Woll- oder Flanelltuch bedeckt wird.

Abkühlende Brustumschläge werden angewendet, wo man auf Circulation und Temperatur und damit auf die Organe in der Brusthöhle anticongestiv und antiphlogistisch einwirken will. Hyperämie und Entzündungsprocesse der

Lungen und der Pleuren, sowie Erkrankungen des Herzens, auch active Lungenblutungen geben daher die Anzeige für ihre Anwendung. Durch die erregenden Brustumschläge wird heftiger Reizhusten gemildert, das Bronchialsecret verflüssigt, selbst quälende dyspnoische Zustände sehr günstig beeinflußt.

Den Brustumschlägen nahe stehen die Stammumschläge, nur daß infolge der größeren Flächenberührung — sie reichen von der Achselhöhle bis zur Symphyse — ihre Wirkung eine umso kräftigere ist. Sie wirken im Sinne der feuchten Einpackung des ganzen Körpers, beeinflussen die allgemeine Körpertemperatur und sind durch ihre reflectorische Wirkung auf das Herz, auf Respiration und das gesammte Nervensystem im Sinne einer hydriatischen Antipyrese thätig. Man wendet sie auch als abkühlende, wie erregende an. In erster Form mit halbstündigem Wechsel bei allen fieberhaften Processen, dort, wo Bäder nicht angängig sind Die erregenden Stammumschläge werden die chronisch hyperämischen Zustände der Abdominal- und Beckenorgane, weiterhin entzündliche, mit Exsudation und mangelhafter Resorption einnergehende, torpide Erkrankungsformen in zweckmäßiger Weise beeinflußen. Bei einer Reihe von Erkrankungen der nervösen Sphäre, wie Erregungszustände, Schlaflosigkeit kommt ihnen eine geradezu specifische Wirkung als Sedativum zu. — Der dritte Typus des Prießnitzschen Umschlages, der Leibumschlag, ist in seiner Indication auf die Erkrankungen der Abdominalorgane beschränkt, so werden Leberhyperämien, Stauungen an den venösen Geflechten der Unterleibsorgane, Magen- und Darmverstimmungen durch sie sehr günstig beeinflußt.

Zur Opium-Bromcur nach Flechsig (Ziehen'sche Modification). Von Meyer u. Wickel. (Berl. klin. Wochenschrift No. 48, 1900.) Bekanntlich wurde die Flechsig'sche Opium-Bromcur bei der Epilepsie im Anfange fast ausschließlich als günstig wirkend anerkannt, während nachträglich und neuerdings von einer Reihe von Autoren die Beurtheilung dieser Behandlungsmethode nicht so günstig und aussichtsvoll lautet und daher auch von einigen ganz vermieden wird, besonders aus dem Grunde, weil sie doch auch nicht zu; unterschätzende Gefahren mit sich bringt. Die letzteren liegen zum großen Theil in den hohen, rasch ansteigenden Opiumdosen, die Flechsig von anfangs 3mal täglich 0,05 in ca. 5 Wochen auf 3mal 0,4 steigerte. Nun modificirte Ziehen die Behandlungsmethode insofern, als er die Opiumdosis von anfangs 3mal 0,05 nur bis höchstens 3mal 0,3 und zwar in $7\frac{1}{2}$ Wochen steigen läßt, um dann sofort abzubrechen und zu Brompräparaten in großen Dosen

überzugehen, während Flechsig nach Erreichung der hohen Opiumdosen diese noch länger fortnehmen läßt und erst nach ca. 6 Wochen nach Beginn plötzlich zum Brom übergeht, dessen anfangs hohe Dosis er bald, nach einigen Monaten, auf ca. 2,0 pro die herabsetzt, während Ziehen wieder in der ersten Zeit die Bromgabe noch steigert (6—9 gr pro die) und diese Dosis ca. 1 Jahr lang weiter nehmen läßt. Dann wird von Ziehen von Anfang an, beim Opium und beim Brom, 3mal täglich eine Salzsäurelösung nach dem Essen gegeben und eine strenge Diät verordnet, die der Hauptsache nach in Vermeidung aller Reizmittel und Gewürze, des Salzes, nur in wenig Fleischspeisen, hauptsächlich aus Schleimsuppen, Eier-, Mehl-, Reisspeisen, Obst und frischem Gemüse besteht; nur in den ersten 8 Tagen der Bromperiode wird die Kost durch Zulage von Cacao, Eiern, geschabtem Fleisch etc. kräftiger gestaltet und dann wieder zur vorherigen strengeren Diät übergegangen. Dann verordnet Ziehen während der Opiumperiode laue Bäder von 24° R. und 10 Minuten Dauer in 8 Tagen langsam bis 17° R. und 3 Minuten Dauer herabgehend und 8 Tage hierbei bleibend, dann bei derselben Temperatur die nächste Woche 4 Minuten, die nächstfolgende 5 Minuten und dann bis zum Ende der Opiumzeit 6 Minuten badend. Während der ersten 8 Tage der Bromperiode werden die Bäder ausgesetzt, um dann in gleicher Weise wie in der Opiumperiode wieder aufgenommen zu werden. M. u W. machen nun darauf aufmerksam, daß Herzfehler und ungenügender Ernährungszustand vor oder während der Opiumbehandlung eine Gegenindication der Anwendung resp. des Weitergebrauches ist. Während der Opiumzeit zwang einmal eintretende Verwirrtheit zum Aufgeben der Cur; Verstopfungen lassen sich leicht beseitigen; das Körpergewicht nimmt gewöhnlich ab, steigt aber meistens während der Bromzeit bald wieder an; das Auftreten von Müdigkeit, Schläfrigkeit und Schwindelgefühl während der Opiumzeit hat nichts Bedenkliches an sich. Die Bäder äußerten stets einen guten Einfluß und M. u. W. halten sie für ein wesentliches, die ganze Cur unterstützendes Moment. Die epileptischen Anfälle nahmen in den ersten Wochen der Opiumperiode nicht ab, zuweilen sogar zu, während der letzten Wochen verminderten sie sich meistens und hörten meistens im Beginn der Bromzeit, wenigstens anfangs, ganz auf. Auch die psychischen Störungen erfahren durch die Opium-Bromcur wesentliche Besserungen. M. u. W. kommen zu dem Schluß, daß die Opium-Bromcur Erfolge erzielt in solchen Fällen, wo Brom allein und andere Behandlungsmethoden keine Erfolge erzielen konnten. M. glaubt, wie er seinen Erfahrungen nach bereits mitgetheilt hat und wie auch von verschiedenen

anderen Autoren erwähnt wurde, hinzufügen zu müssen, daß auch trotz der Ziehen'schen Modification die Flechsig'sche Opium-Bromcur einer sorgfältigen, dauernden ärztlichen Ueberwachung und, wenigstens während der Opiumperiode, auch einer Anstaltsbehandlung bedarf. Auffälligerweise wird bei der Publication die Angabe vermisst, ob die Cur mit Bettruhe combinirt war, was wichtig und während der Opiumperiode nothwendig ist und sicherlich überhaupt zur Erzielung von Erfolgen in der Epilepsiebehandlung beiträgt, wie sie ja bekanntlich schon für sich allein oft günstig auf die Krankheit resp. auf die Zahl und Intensität der epileptischen Anfälle einwirken kann.

Zur arzneilichen Behandlung der Dyspepsien empfiehlt Dr. J. W. Frieser in Wien (Dtsch. Aerzte-Ztg. H. 4, 1901) das **Elixirium Condurango peptonatum Immermann**. Soll ein Stomachicum allen Anforderungen und Zwecken einer rationellen Arzneibehandlung, der man bei den Krankheiten des Magens wohl in keinem Falle entrathen kann, entsprechen, so müssen wir zunächst durch dessen Anwendung in der Lage sein, auf die chemische Verdauung im Magen, auf dessen Sekretions- und motorische Verhältnisse erfolgreich einzuwirken, den meist mangelhaften oder auch ganz fehlenden Appetit zu verbessern und wieder herzustellen und den gestörten Verdauungsgang in normale Bahnen zu lenken. Alles dieses in erforderlicher Art zu bewirken, konnte uns bisher nur selten gelingen, da die bisher bekannt gewordenen und gebräuchlichen Medikamente, wenn auch oft von gutem symptomatischen Einflusse, sich meist in ihrer Wirkung als ziemlich unverläßlich und ungenügend erwiesen. Meist ist eine mangelhafte Produktion von Sekreten im Magen (Salzsäure, Pepsin die Ursache dyspeptischer Störungen, oft auch eine allzu reichliche Absonderung derselben. Beide Zustände sind der Ausdruck und die Folge gewisser abnormaler Vorgänge, und eine zweckmäßige Therapie hat nun in erster Linie ihr Augenmerk dahin zu richten, in ersterem Falle auf arzneilichem Wege und durch entsprechende diätetische Maßnahmen, welche gerade hier von hervorragender, mitunter ausschlaggebender Bedeutung sind, das Fehlende zu ersetzen, in letzterem durch geeignete Mittel die überreichliche Sekretion zu unterdrücken und abzustumpfen.

Erst in jüngster Zeit ist es nach mehrfachen Versuchen dem chemischen Institute in Straßburg gelungen, nach den Angaben Prof. Immermanns in Basel ein Arzneipräparat herzustellen, welches vermöge seiner nahezu prompten und verläßlichen Wirkung und der ausgezeichneten arzneilichen

Eigenschaften den Anforderungen einer rationellen Arzneibehandlung der Magenkrankheiten in weit vollkommenerer Weise entspricht, als die bisher in Gebrauch gezogenen Arzneistoffe. Das von Apotheker Walther in Straßburg in Verkehr gebrachte neue Stomachicum, das Elixirium Condurango peptonatum Immermann, ist, wie dies eine Reihe erfolgreicher Versuche mit demselben dargethan hat, zufolge seiner hervorragenden stomachischen Eigenschaften in der That geeignet, unsere besondere Aufmerksamkeit in der Arzneiverordnung auf sich zu lenken und für die Dauer festzuhalten. — Dies Präparat vereinigt nach bisheriger Beobachtung eine überaus günstige Wirkung mit sonstigen vortheilhaften Eigenschaften, und zwar in weit höherem Maasse, als dies bei den bisher bekannt gewordenen Mitteln der Fall ist, so daß demselben ein besonderer Werth für die Behandlung der verschiedenartigen Dyspepsien zuerkannt werden muß. — Der Appetit wurde durch das Präparat immer kräftig angeregt und in befriedigender Weise geregelt, die Eßlust wurde mitunter in so eklatanter Weise bei Gebrauch des Mittels gesteigert, daß die Kranken Hunger äusserten und vollkommen genügende Nahrungsmengen ohne allen Nachtheil zu sich nehmen konnten, was früher gar nie in diesem Maße der Fall war; dabei war in den meisten Fällen eine rasche und anhaltende Verbesserung der Verdauungsverhältnisse und ein befriedigender Ernährungszustand, sowie Zunahme des Körpergewichtes und bedeutend gebessertes Aussehen und Allgemeinbefinden zu konstatiren. In manchen Fällen, bei denen nahezu völlige Anorexie bestand, wurde schon nach kürzerer oder längerer Gebrauchszeit der Appetit rege, die Kranken konnten mehr Nahrung und ohne Widerwillen zu sich nehmen und auch die Verdauung und Ausnutzung der genossenen Nahrung ging in ganz befriedigender Weise vor sich. — Das früher lästige Aufstoßen und Sodbrennen verschwand schon nach kurzer Behandlungszeit mit Elixirium Condurango, ebenso wie sich auch bald die Uebelkeiten und sonstige subjektive Empfindungen, wie das unangenehme Gefühl von Vollsein und Druck in der Magengegend und der wenn auch wenig intensive Magenschmerz verloren. Auch bei Dilatation des Magens konnten die dieselbe begleitenden dyspeptischen Zustände mit Erfolg bekämpft werden, und in zahlreichen Fällen sogen. nervöser Dyspepsie und den gastrischen Störungen neurastheniſcher und hysterischer Personen that das Präparat meist gute, mitunter ganz überraschenden Dienste. Bemerkenswerth ist auch die in einigen Fällen beobachtete günstige Wirkung des Elixirium Condurango peptonatum bei Hyperemesis gravidarum, wo es nach erfolgloser Anwendung verschiedener

Mittel den gewünschten Erfolg herbeigeführt hatte. Bei Kindern, die an dyspeptischen Zuständen laborirten und infolgedessen in der Ernährung herabkamen, wurden oft mit dem Mittel sehr befriedigende Resultate erzielt, indem die Kinder zusehends mehr Appetit bekamen und gegen die Nahrungsaufnahme weniger Widerwillen zeigten. Am vorzüglichsten bewährte sich nach dieser Richtung das Elixirium Condurango peptonatum bei Verdauungsschwäche und den gastrischen Störungen Anämischer und Chlorotischer, sowie bei rhachitischen Kindern, wo oft die Darreichung dieses neuen Magenmittels von den besten Erfolgen begleitet war.

Das Elixirium Condurango peptonatum Immermann ist eine dunkelbraune Flüssigkeit von süßlich-bitterem, etwas aromatischem und liqueurartigem Geschmack und gutem Geruch. Es wurde von allen Kranken, denen es verordnet wurde, immer sehr gerne genommen und vorzüglich vertragen. Selbst die empfindlichsten Kranken und Kinder, die sonst gegen das Mediziniren Widerwillen zeigten, nahmen dies Medikament sehr gerne und verlangten sogar danach. Dosis bei Erwachsenen 3—4 Eßlöffel, Kindern 2—3 Kaffeelöffel im Tage.

Ueber die Heilwirkung grosser Dosen von Olivenöl bei organischen und spastischen Stenosen des Pylorus und des Duodenums und deren Folgezuständen (Gastrektasie); von Dr. Cohnheim. — Fälle von Gastrektasie, welche nicht durch ein organisches Hinderniß, sondern durch einen Spasmus des Pylorus in Folge Ulcus oder Fissur am Magenausgang hervorgerufen sind, werden durch Eingießungen großer Oelmengen (100—250 g täglich) in kurzer Zeit geheilt oder erheblich gebessert. Fälle von narbigen Pylorus- oder Duodenalstenosen mit secundärer Gastrektasie werden durch methodische Anwendung großer Oelgaben ebenfalls relativ geheilt, d. h. bleiben bei vorsichtiger Lebensweise beschwerdefrei. Das Oel wird am besten längere Zeit hindurch dreimal täglich in Mengen von je 50 cm^3 eine Stunde vor dem Essen genommen oder per Sonde eingegossen, oder man giebt einmal täglich in den leeren Magen 100—150 cm^3 auf Körpertemperatur erwärmtes Oel. Die Oelanwendung genügt drei Indicationen, der Krampfstillung, der Reibungsverminderung und der Hebung der Ernährung, da das Oel selbst bei hochgradigen Stenosen in den Dünndarm gelangt und dort resorbirt wird. Bei rein nervösen (hysterischen) Magenkrämpfen ist keine günstige Wirkung bisher erzielt, woraus sich differentialdiagnostische Gesichtspunkte zur Unterscheidung des nervösen und organischen Pylorospasmus ergeben. Mit

Hilfe der Oelcur gelingt es, eine Reihe von Pylorusstenosen mit schwerer, consecutiver Gastrektasie so weit zu bessern, daß ein chirurgischer Eingriff nicht mehr nöthig ist. Vor jeder wegen Pylorusstenose beabsichtigten Magenoperation sollte daher zunächst die Oelbehandlung versucht werden.

(Centralblatt f. d. ges. Therapie).

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber traumatische Muskelverknöcherungen. Von Dr. Robert Grünbaum. (Wiener med. Presse, 1901, No. 1.) Es giebt zwei Arten von knochenbildender Muskelentzündung, die Myositis ossificans traumatica und die Myositis ossificans progressiva. Die letztere ist dadurch characterisirt, daß theils im Anschluß an leichte Traumen, in einzelnen Fällen angeblich auch nach Erkältungen und beträchtlichen Muskelanstrengungen, theils ohne äußere Veranlassung in den Muskeln, dem intermusculären Bindegewebe, den Fascien, Sehnen teigige, wenig schmerzhafte Schwellungen auftreten, denen sich unter Abnahme der Schwellung eine Knochenbildung anschließt. Die Krankheit beginnt in der Jugend, oft schon im Kindesalter, am häufigsten in den Nacken-, Rücken- und Thoraxmuskeln und Fascien, und verbreitet sich von da aus über den ganzen Körper. Indem der Proceß jahrelang unter zeitweiligen Stillständen fortschreitet, kann schließlich ein großer Theil der genannten Gewebe verknöchern. Man findet dann überall leisten- oder spangenartige, zuweilen strahlige, knorrige Körper in die Muskeln eingebettet. Mit der Verknöcherung erfolgt eine zunehmende Verkürzung der erkrankten Muskeln. Die Bewegungen der Glieder, der Wirbelsäule, des Kopfes werden immer mehr gehemmt und schließlich durch Bildung fester Verbindungen zwischen den Gelenken aufgehoben. Dadurch entstehen fixirte Skoliosen, Caput obstipum, Ankylosen an den Extremitäten. Breitet sich die Neubildung auf die Brustmuskeln aus, so wird die Athmung gehindert, durch Verknöcherung der Kaumuskeln der Unterkiefer fixirt. Die mimischen Muskeln, die Zunge, der Kehlkopf, das Zwerchfell, das Herz und die Sphinctereren blieben in den bisher beobachteten Fällen verschont. Während mit der Myositis ossificans progressiva Traumen nur in sehr vage Beziehungen gebracht werden können, spielen Verletzungen bei der Entstehung der isolirt im Muskel auftretenden Ossificationen eine bedeutende Rolle. Man kann bei der Myositis ossificans traumatica zwei Hauptgruppen unterscheiden, die nach oft sich wiederholenden leichten Irritationen

und die nach einmaligen schwereren Traumen sich bildenden Verknöcherungen. Zur ersten Gruppe gehören die Fälle von Reit- und Exercirknochen und Aehnliches. Die veranlassende Ursache sind häufig wiederkehrende, wenn auch an sich unbedeutende Reizungen, die zu Sugillationen und Schwellungen der Weichtheile führen und in einzelnen Fällen Knochenbildung veranlassen. So das häufige Anschlagen des Gewehrlaufes gegen den Oberarm, der Säbelkuppel gegen den Oberschenkel, die häufigen Quetschungen beim Reiten. Diese Bildungen sind nicht sehr selten. Hingegen sind die Litteraturangaben über Verknöcherungen nach einmaligem Trauma ziemlich spärlich, so daß jeder einzelne Fall eine gewisse Beachtung verdient. G. beobachtete zwei derartige Fälle, über die er ausführlich berichtet. In der ganzen ihm zugänglichen Litteratur konnte G. nur 33 Fälle von wahrer Knochenbildung im Muskel auffinden. Mit den beiden Fällen G.'s liegen also zusammen 35 Berichte vor. Von diesen 35 Fällen betreffen 15 den Quadriceps, 10 den Brachialis internus, 3 den Ileopsoas, 2 den Biceps und je 1 Fall den Triceps, Digastricus, Adductor longus, Glutaeus maximus und das Diaphragma. Mit Ausnahme von 6 Fällen, bei denen fünfmal ein Trauma nicht erwähnt, einmal mit Bestimmtheit auszuschließen ist, waren fast immer schwere Contusionen die veranlassende Ursache, in 12 Fällen ein Hufschlag. Der Krankheitsverlauf ist stets fast identisch. Nach einer heftigen Contusion bildet sich eine schmerzhafte Schwellung und Sugillation des betroffenen Muskels, mit subcutaner Zertrümmerung der Musculatur, Zerreißung von Gefäßen mit Bildung eines beträchtlichen Blutextravasates. Während in der Ueberzahl der Fälle sich diese Veränderungen vollständig zurückbilden, kommt es in einzelnen Fällen zu einer intensiven Schwielenbildung. Dieselbe nimmt immer mehr an Consistenz zu und fühlt sich schließlich knochenhart an. Diese Knochenneubildung entsteht in sehr kurzer Zeit, innerhalb weniger Wochen. In der Regel beachten die Betroffenen anfangs ihren Unfall gar nicht, gehen ihrer gewöhnlichen Beschäftigung weiter nach und wenden sich erst an einen Arzt, wenn sie die harte Geschwulst entdecken oder Functionsstörungen der benachbarten Gelenke eintreten, bedingt durch die mit der Ossification gleichzeitig einhergehenden Verluste an Muskelsubstanz.

Warum es in vereinzelten Fällen, und in welchen zur Bildung einer Knochengeschwulst im Muskel kommt, läßt sich nicht mit Sicherheit entscheiden. Ebenso schwankend ist die Meinung der Autoren darüber, ob es sich in diesen Fällen um einen Entzündungsproceß oder um eine Neubildung handelt, ob für diese Erkrankung

der Name „Myositis ossificans“ oder „Osteom des Muskels“ der richtigere ist. Differentialdiagnostisch macht die Erkrankung keine besonderen Schwierigkeiten. Es kommen dabei in Betracht die Myositis ossificans progressiva, Myositis syphilitica, Muskelenchondrome und Fibrome, Exostosen und einfache Muskelschwielen. Mit der ausgebildeten Form der Myositis ossificans progressiva ist eine Verwechselung nicht möglich, wohl aber im Beginne der Entwicklung. Nur beginnt dieselbe in der Regel in der Rücken- und Nackenmusculatur, während die Myositis ossificans traumatica begreiflicher Weise jene Muskeln befällt, welche der Einwirkung äußerer Schädlichkeiten am meisten ausgesetzt sind, wie die Muskeln der Extremitäten. Die Anamnese, der Effect einer specifischen Behandlung und das Fehlen der knöchernen Resistenz characterisiren die Myositis syphilitica. Enchondrome und Fibrome kommen wegen der sehr großen Seltenheit kaum in Betracht. Gegenüber den Exostosen und der einfachen Muskelschwiele ergiebt das Röntgenbild die unterscheidenden Merkmale, das Fehlen des dunklen Knochenschattens in dem einen und den Zusammenhang mit den Skelettknochen in dem anderen Falle. Wenn auf dem Bilde die Conturen des Skelettknochen vollständig intact sind und daneben noch neugebildeter Knochen liegt, dann handelt es sich um ein Osteom der Weichtheile.

Die Prognose dieser Geschwülste ist günstig zu stellen. Sie erreichen keine besondere Größe und nehmen niemals die Charactere einer malignen Neubildung an.

Die Therapie kann nur in einer operativen Entfernung des neugebildeten Knochens bestehen. Sind die Schmerzen bedeutend und die durch die Geschwulst bedingten Functionsstörungen beträchtlich, so ist eine Operation wohl indicirt. Dieselbe geht in der Mehrzahl der Fälle leicht vor sich, besonders wenn die Neubildung scharf begrenzt ist und mit dem Perioste des darunter liegenden Knochens gar nicht oder nur in geringem Umfange verwachsen ist. Schwieriger wird dieselbe, wenn flächenhafte Verwachsungen bestehen und der Tumor scharf aus der Musculatur ausgelöst werden muß.

Die chirurgische Behandlung der Defecte des Gaumens. (Wiener zahnärztl. Monatsschr. No. 1, 1901.) Während viele bedeutende Operateure den chirurgischen Verschluß von Gaumenspalten erst auf das spätere jugendliche Alter verschieben, tritt Brophy für die Operation im frühesten Kindesalter ein und schöpft seine Erfahrungen aus 500 von ihm selbst operirten Fällen.

Für die Frühoperation sprechen folgende Umstände:

1. Ist die chirurgiſche Behandlung geringer. Die Unruhe und Furcht, welche so oft einen Shock bedingen, sind nicht vorhanden, und da das Nervensystem eines kleinen Kindes noch nicht entwickelt ist, empfängt dasselbe weniger böse Eindrücke als im späteren Alter.

2. Die Kieferknochen sind noch nicht vollständig verkalkt, sie können daher ohne Fractur besser gebogen und verſchoben werden als später, weshalb die Verletzungen geringer sind.

3. Nach vollendeter Frühoperation gelangen die Muskeln sofort zur normalen Action, sie entwickeln sich, während bei Verſchiebung der Operation auf das spätere Kindesalter atrophiſche Vorgänge stattfinden, welche nicht mehr gut zu machen sind.

4. Sind die Processus palatini des Oberkiefers vereinigt, so erfolgt die Entwicklung des Knochens und des Alveolar-Fortsatzes in normaler Weise, so daß die durch die Operation erst bedingte Incongruenz zwiſchen dem zu kleinen Oberkiefer und normalen Unterkiefer sich allmälig ausgleicht und so nach dem Durchbruch der Zähne eine normale oder doch nahezu normale Articulation eintritt.

5. Durch diese Entwicklung der Knochen und Muskeln ist die Difformität geringer als bei der Spätoperation. Nach der Frühoperation sind die bei der Phonation in Action kommenden Organe soweit ausgebildet, daß dieselbe ungehindert vor sich geht.

Ist neben der Gaumenspalte auch eine Lippenspalte vorhanden, so muß die Gaumenoperation der Lippenoperation vorangehen. Durch Verkleinerung der Mundspalte würde die Gaumenspalten-Operation unnöthig erſchwert.

Die Behandlungen der Erfrierungen. Von Dr. Karl Ritter, Privatdoc. Aus der chirurgiſchen Universitäts-Klinik zu Greifswald. (Deutſche Zeitſchr. für Chirurgie, 58. Bd, 1. u. 2. Heft.) Die Hyperämie, die Blasenbildung und Necrose, welche als Krankheitssymptome der Erfrierung dastehen, werden in therapeutiſcher Hinsicht zum Gegenstand der Behandlung gemacht. Die Kälte ruft eine Stauung in dem betreffenden Glied hervor und die auf dieser beruhenden Aenderungen der Circulation begünstigen weiterhin die ſchwereren Grade der Erfrierung. Wirkt man daher der Stauung durch Elevation entgegen, so ſchafft man für die erfrorenen Glieder „möglichst günstige Circulations-Bedingungen, unter denen auch das ſchwerer geſchädigte Gewebe leichter sich wiederherstellen kann.“ Die verticale Suspension, zuerst von v. Bergmann bei allgemeinen Erfrierungen angewandt, ist daher auch diejenige Therapie, die wohl überall zuerst und vornehmlich geübt wird. Die Be-

richte über die Wirkung der Suspension lauten sehr günstig: An Stelle der blauen, lividen Farbe tritt in kürzester Zeit helle Röthung, die Schwellung verschwindet, die Schmerzen hören auf, bei Gliedern, die so aussehen, als ob der ganze Fuß gangränös würde, tritt event. überhaupt kaum Necrose auf. Die Hyperämie, die bei den chronischen Erfrierungen, den Frostbeulen und Frostgeschwüren in noch erheblicherem Grade schädlich ist, ist auch bei diesen, durch Hochlagerung und andere Mittel, welche der Stase entgegenarbeiten, mit gutem Erfolge bekämpft worden. R. hat nun entgegen diesen Ueberlegungen und praktischen Erfahrungen bei einem 15jährigen Knaben, der Frostgeschwüre und Lupus an den Fingern der einen Hand hatte, gefunden, daß die Hyperämie als solche jedenfalls nicht so schädlich ist, wie man annimmt; denn als er wegen des Lupus am Oberarm eine Stauungsbinde anlegte — die Geschwüre wurden mit aseptischer Gaze verbunden —, zeigte es sich nach etwa 10—14 Tagen, daß die Geschwüre vollkommen vernarbt waren. Nun ist es jedenfalls fraglich, ob die Hyperämie eine directe Folge der Kälte ist; immerhin ist es auffallend, daß die Hyperämie, ob arteriell oder venös, zeitlich von der Einwirkung der Kälte getrennt ist. Von Marchand, Neumann, Klebs, Weigert u. A. ist nun der Satz aufgestellt, daß jeder Entzündung, so auch der Erfrierung, eine primäre Schädigung der Gewebe, eine Necrose der Zellen vorausgeht; man muß daher nach ihnen zwischen der primären Schädigung und der eigentlichen Entzündung unterscheiden. Die Entzündung selbst ist aber nach ihnen der Versuch des gesunden Körpers, das Necrotische zu entfernen, resp. zu repariren. Ist nun, eine solche Necrose bei der Erfrierung stets vorhanden? R. glaubt diese Frage bezüglich aller dreier Grade der Erfrierung bejahen zu müssen, indem er die Borken und feine Epidermisschüppchen beim II. und I. Grade, die nach übereinstimmendem Urtheil aller Autoren fast nie vermißt werden, dafür in's Feld führt. Auch durch sehr genaue experimentelle und makroskopische Untersuchungen hat die Lehre von der primären Necrose durch Uschinsky u. A. Bestätigung gefunden, der zu dem Schluß kommt, daß selbst bei der geringsten Einwirkung von Hitze, bezw. Kälte stets die Necrose (Gewebsläsion) das Primäre und direct durch sie hervorgerufen sei. Der Necrose, der direct durch die Kälte hervorgerufenen Schädlichkeit gegenüber steht nun die zeitlich von ihr getrennte Hyperämie; es fragt sich daher, ob ihr eine ähnliche Rolle zugewiesen werden kann, wie der Entzündung, d. h., ob die Hyperämie als Reparations-Vorgang aufgefaßt werden darf und zwar nicht nur die arterielle, sondern auch die venöse, die vornehmlich bei der Erfrierung auftritt. R.

hat, um das zu prüfen, die Frostfälle, die in der zweiten Hälfte des vorigen Winters an der dortigen Klinik zur Beobachtung kamen. in anderer Weise als sonst behandelt. Um zu prüfen, ob die venöse Hyperämie schädlich ist, suchte er diese durch Anlegung einer Stauungsbinde noch zu verstärken. Aus angeführten Versuchen an sechs Patienten geht hervor, daß die venöse Hyperämie (8—10 Tage, jeden Tag mehrere Stunden lang angewandt) nicht nur keine schädlichen Folgen hatte, sondern die Heilung beförderte; daraus geht auch hervor, daß die venöse Hyperämie zweifellos nicht die schädliche Folge der Kälte ist; sie ist vielmehr in der That die Reaction des Körpers gegenüber den durch die Kälte hervorgerufenen Necrosen. Sie ist stark bei kräftigen Individuen, bei blutarmen ganz gering. Immerhin ist sie nur ein schwacher Reparationsversuch und führt besonders bei anämischen häufig nicht zum Ziel; am wirksamsten ist sie gegen die Frostschäden, je mehr sie der Entzündungs-Hyperämie gleicht, und ganz dasselbe ist bei der künstlichen Hyperämie der Fall, die sogar therapeutisch ausgezeichnet wirkt, wenn sie nicht rein venös, sondern mit arterieller gemischt ist. Es lag daher nahe, besonders bei anämischen Personen, die arterielle Hyperämie zu versuchen, wie sie nach Bier in kräftiger Weise mit Heißluftapparaten zu erreichen ist. Unter dieser Behandlung trat in dem ersterwähnten Falle völlige Heilung der Hand ein und zwar nach 16tägiger Anwendung der heißen Luft, obwohl er zeitweise aussetzte und obwohl die Kälte draußen sehr stark war. Mit der heißen Luft hat Verf. dann in einer weiteren Reihe von Erfrierungsfällen (6 Fälle), meist chronischer Art, sehr gute Resultate erzielt. In schnellster Zeit trat bei Allen ein Nachlaß der Schwellung auf. Die Schmerzen verschwanden sehr bald, das Jucken und Brennen hörte auf. Die Blasen trockneten ein und die entstehenden Borken lösten sich in kurzer Zeit. Die Beweglichkeit in den erfrorenen Gliedern kehrte oft nach einer einmaligen Heißluftbehandlung zurück. Die Geschwüre verkleinerten sich von Tag zu Tag, die Heilungs-Dauer betrug im Allgemeinen 6—20 Tage bei täglicher Anwendung ($^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang).

Daß man bisher mit Beseitigung der Hyperämie, dieses Heilfactors, durch Hochlagerung des erfrorenen Gliedes so gute Resultate erzielt hat, sucht R. durch den Umstand zu erklären, daß durchweg neben der Hochlagerung kalte oder warme Compressen auf die erfrorenen Theile gelegt werden, wodurch bekanntlich Hyperämie hervorgerufen wird. Außerdem sind die günstigen Erfolge bei allgemeinen Erfrierungen beobachtet worden; dort liegen jedoch die Verhältnisse ganz anders. Hier tritt bekanntlich oft unmittelbar nach plötzlicher Erwärmung des erstarrten Körpers der Tod

ein, weil dadurch eine hochgradige Hyperämie der Haut und der Bauchorgane sowie eine plötzliche Anämie der Organe im Schädel und in der Brusthöhle hervorgerufen wird. Das ist für den Gesammtorganismus schädlich, indem die für den ganzen Körper nöthige Blutmenge plötzlich für die erkrankte Haut gebraucht wird; unter solchen Umständen wirkt die Suspension zuweilen lebensrettend, indem sie die plötzliche Anämie des Gehirns und Herzens verhindert. Die erfrorenen Theile selbst haben hier eine mehr untergeordnete Bedeutung für die Therapie, wo es sich um Erhaltung des Lebens handelt. Bei allgemeinen Erfrierungen dürften daher auch die naßkalten Compressen den feuchtwarmen vorzuziehen sein, wenn man der Hyperämie entgegenwirken will. Bei den localen Erfrierungen ist eine Hochlagerung nur am Platze, wenn die Entzündungserscheinungen sehr erheblich sind, dann ist offenbar eine Vermehrung eher schädlich als nützlich. (Allg. med. Centralzeitung.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber partielle Schlaffheit der Collumwand während der Schwangerschaft und Geburt. Von Dr. J. Heitzmann. (Wiener med. Wochenschr., 1900, No. 52.) In No. 19 des „Centralblatt für Gynäkologie" vorigen Jahres macht H. Löhlein auf ein nicht gar selten zu beobachtendes, bisher unbeachtet gebliebenes Moment für die Verzögerung der Eröffnungsperiode, nämlich die abnorm feste Adhärenz des unteren Eipols, aufmerksam. Nebst dieser giebt es aber nach H. noch eine andere Gelegenheitsursache für die Verschleppung der Eröffnungsperiode. Es handelt sich um eine partielle Inertie, um eine Muskelschwäche und Energielosigkeit jenes Antheils der Gebärmutter, den wir während des Geburtsactes als „unteres Uterinsegment" bezeichnen, um Wehenschwäche, bedingt durch Schlaffheit des unteren Uterinsegmentes. Man findet bei Frauen, die wiederholt Entbindungen, darunter auch schwere, langdauernde, durch Kunsthilfe beendete durchgemacht haben, auch außerhalb der Schwangerschaft einen Zustand an der Gebärmutter, den man nicht anders denn als eine Erschlaffung der mittleren Parthie des Uterus bezeichnen kann. Der ganze Uterus zeigt die gewöhnliche Gesammtlänge bei der Sondenuntersuchung und nur die charnirartige Beweglichkeit des Körpers zum Collum fällt auf. Bei der ausgesprochenen Verlängerung der erschlafften Partie findet man den Fundus selten an der normalen Stelle. Meist besteht

eine hochgradige Retro- oder Antoflexio; doch läßt sich das frei bewegliche Corpus ohne Schwierigkeit in jede beliebige Stellung bringen, selbst kreisförmig um die Achse der starren Portio herumbewegen.

Wird nun ein solches Organ schwanger, dann tritt die pathologische Beschaffenheit des Collum zu den verschiedenen Epochen verschiedenartig auf. In den ersten Monaten der Schwangerschaft bekommt man bei der bimanuellen Untersuchung gewöhnlich den Eindruck, als wäre ein kugeliges Myom aus dem Fundus uteri frei herausgewachsen und als säße es gestielt der Kuppe der Gebärmutter auf. Später schwindet dieser Eindruck bei der Untersuchung, da ja eben ein Theil des Collums in den Bereich des Fruchthalters einbezogen wurde. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft verschwindet also die Abnormität, um erst während der Geburt, da aber um so markanter, zum Vorschein zu kommen. Die Angabe nämlich, daß sich das Colleum während des ganzen Geburtsverlaufes durchaus passiv verhalte und der ganze Effect der Wehenthätigkeit vom Corpus und Fundus ausgehe, ist nicht ganz zutreffend. Im Gegentheile kommt der musculären Wand des Gebärmutterhalses im Beginn der Geburt eine wichtige Aufgabe zu. Die vom Scheitel des Organs ausgehenden, sich nach unten fortsetzenden Contractionen des Hohlmuskels haben zunächst dafür zu sorgen, daß der Geburtskanal für die Passage der Frucht wegsam werde. Erste Wirkung der Wehenthätigkeit ist also die Eröffnung des Collums und des Muttermundes, und hierzu tragen die Contractionen der Muskelwand des Gebärmutterhalses wesentlich bei.

Wird nun eine Frau schwanger, deren Collum die oben beschriebene Beschaffenheit hat, so ist es klar, daß beim Beginne der Wehenthätigkeit die Wirkung der Uteruscontractionen bezüglich des Gebärmutterhalses nicht jenes Resultat ergiebt, wie unter normalen Umständen. Das schlaffe und in seiner Muskelwand geschwächte Collum fängt schon vom Beginne der Geburt an, eine mehr passive Rolle zu spielen und überläßt es ganz und gar dem vordringenden Kindestheil und der vorgetriebenen Fruchtblase, die Erweiterung des Muttermundes zu besorgen. Die natürliche Folge dieses Mangels an Energie ist die verzögerte Eröffnung des äußeren Muttermundes, die Verlängerung der Eröffnungsperiode.

Von diesem Verhalten des Gebärmutterhalses in solchen Fällen kann man sich leicht überzeugen, wenn man bei der inneren Untersuchung den Zeigefinger durch den Collumkanal hindurchführt. Unter normalen Umständen ruft die Berührung der Collumwand in der Wehenpause eine Contraction hervor, wie man mit dem Finger fühlt. Bei erschlaffter Collumwand bleibt die Contraction aus.

Diese partielle, auf das Collum beſchränkte Wehenſchwäche iſt, da es ſich wohl zumeiſt um Mehrgebärende handelt, ſelten von der Bedeutung, daß eine ſpecielle Nachhilfe nothwendig wäre. Bei frühzeitiger Unterbrechung der Schwangerſchaft mag wohl der erwähnte Zuſtand derjenigen Form von verſchlepptem, unvollkommenem Abortus Vorſchub leisten, die als „Cervicalſchwangerſchaft“ bekannt iſt, wo nämlich das mehr oder weniger intacte Ei in das entſprechend erweiterte Collum hineingeboren wird, aber durch den noch uneröffneten Muttermund hindurch nicht passiren kann. Dieses Stadium des protrahirten Abortus kann ſelbſt wochenlang beſtehen bleiben und erſt durch den Eintritt bedrohlicher Erſcheinungen oder durch endliche Eröffnung des Muttermundes beim Einſetzen kräftiger Wehen zur genauen Unterſuchung, event. zur ſofortigen Hilfeleiſtung auffordern.

In der Nachgeburtsperiode, ſowohl nach Abortus, wie nach dem Partus maturus, macht ſich die Schlaffheit des Collum wieder lebhaft geltend. Der nun feſt contrahirte Körper der Gebärmutter drückt den ſchlaffen Hals derſelben wie einen leeren Sack zuſammen, und erſt nach Tagen erlangt dieſer Abſchnitt eine gewiſſe Feſtigkeit; doch iſt in dieſer Zwiſchenzeit die Gefahr groß, daß der Uterus wieder nach hinten umfällt und ſich neuerdings eine hochgradige Retroflexion ausbildet, die dann an und für ſich wieder die völlige Involution der Gebärmutter hindert.

Ueber die Anzeigen zur palliativen und radicalen Behandlung der Uterusmyome. Von Dr. Ludwig Schaller-(Stuttgart). (Münchener med. Wochenſchrift, 1900, No. 7.) Da die Uterusmyome im Allgemeinen gutartige Neubildungen ſind, welche in der Mehrzahl der Fälle Jahre lang ſtationär bleiben oder wenigſtens ſehr langſam wachſen, ſo kann die Therapie vielfach eine exſpecative, resp. medicamentöſe und palliative ſein; die operative Entfernung kommt nur unter beſonderen Umſtänden in Frage. Ernſte Beſchwerden machen vor allem die Coloſſalmyome durch Druck auf die benachbarten Unterleibsorgane, ebenſo kleinere Geſchwülſte, wenn ſie ſich in der Tiefe des Beckens entwickeln; hier entwickeln ſich vor allem Dysurie und Iſchuri mit ihren möglichen ernſten Folgen (Cyſtitis, aſcendirende Pyelitis) und giebt häufig die Anzeige zum operativen Vorgehen. Ferner können Myome Schmerzen mannigfacher Natur hervorrufen, die das Leben der betreffenden Kranken verbittern und deshalb ebenfalls die Indication für den operativen Eingriff abgeben. Ferner kommen hier raſch wachſende, cyſtiſch entartende Myome in Betracht, endlich ſind als häufigſtes und gefährlichſtes Symptom die Blutungen zu nennen, welche unter Umſtänden Zuſtände

schwerster Anämie und dadurch auch braune Atrophie und fettige Degeneration des Myocards hervorbringen können. In solchen Fällen ist natürlich die Operation indicirt. Andere Indicationen sind: Verjauchung oder eitriger Zerfall der Myome, sarcomatöse Entartung der Myome etc. Nur sehr selten bieten Myome in der Gravidität und bei der Geburt Veranlassung zum Eingriff. wenn sie nämlich zu Incarcerationserscheinungen führen. Während Myome in der Schwangerschaft stark wachsen, bilden sie sich im Wochenbett durch fettigen Zerfall der glatten Muskelfasern zurück; es sind Fälle beobachtet, in denen Myome von nicht unbeträchtlicher Größe im Puerperium gänzlich verschwanden. Das Alter und die soziale Lage der Myomkranken kommen endlich auch bei der Frage eines ev. Eingriffs in Betracht. Was die Behandlung der Myome im Allgemeinen anlangt, so kann nach S. die conservative Behandlung sehr Vieles leisten. In erster Beziehung ist hier die Diät zu nennen. Sie zielt darauf ab, durch möglichste Herabsetzung der Zufuhr zu den Beckenorganen die Vergrößerung der Neubildung und die Stärke der menstruellen Blutungen einzuschränken. Dies geschieht durch ableitende Behandlung, sorgfältige Regelung des Stuhlgangs, gymnastische Uebungen, bei Wohlhabenden vor allem durch Bettruhe während der Menstruation, durch Vermeidung aller Excitantien, wie Alkohol, Thee, Kaffee, ferner durch Auflegen einer Eisblase oder Application eines Prießnitz auf den Unterleib, ferner ist die Hebung des Allgemeinbefindens, der Ernährung anzustreben. Den Versuch einer medicamentösen Behandlung der Blutungen und der Hinderung des weiteren Wachsthums der Myome hält Sch. nicht nur für berechtigt, sondern für durchaus geboten. In dieser Beziehung ist erstens die Hydrastis zu nennen; aber die Dosen sind nicht klein zu nehmen, dreimal täglich ein Kaffeelöffel des americanischen Extracts und zwar monatelang, täglich außerhalb und während der Periode ist zu geben. In derselben Weise ist das billige und unschädliche Extr. fluid. rad. Gossyp. zu geben. Auch Stypticin in Tabletten (fünfmal täglich zwei Tabletten à 0,05, oder subcutan in 10proc. Lösung, 1—2 Spritze pro die in die Glutäen). Das werthvollste Mittel zur Bekämpfung der Menorrhagien und des Myomwachsthums ist das Ergotin, entweder per os als Ergotinum Denzel verabreicht, oder nach Hildebrandt als methodische Ergotinspritzkur; täglich und monatelang sind Injectionen zu machen. Ergotinintoxicationen kommen bei Verwendung guter Präparate nicht vor. Eines der besten Präparate ist das Ergotinum Bombelon, von dem man $^1/_3$ Ergotin auf $^2/_3$ abgekochten Wassers pro Spritze und pro die verwendet. Die unempfindlichen Außenseiten der Oberschenkel herauf bis zu den

Hüften sind die zweckmäßigsten Injectionsstellen; empfehlenswerth ist es, nach der Injection eine Stunde lang kalte Umschläge auf die Einstichstelle machen zu lassen. Nach 60—80 Injectionen macht man eine Pause und giebt das Ergotin innerlich oder auch in Suppositorien à 0,2 pro die. Man hat, allerdings selten, völliges Schwinden selbst mannskopfgroßer Myome durch die Ergotinkur beobachtet; Verkleinerungen der Myome bei Herabsetzung des Blutverlustes sind ein sehr häufiger Erfolg. Durch Ergotinkuren gelingt es auch, kleine interstitielle Myome subserös oder submucös zu machen; im ersteren Falle schwinden oft hartnäckige Dysmenorrhöen, im letzteren Falle können die Myome schließlich unter Wehen als gestielte fibröse Polypen geboren werden. — Von den local einwirkenden Mitteln sind die heißen Vaginaldouchen von 36—40° R. das verbreitetste. Sind sie erfolglos, so kommt als symptomatische Maßregel die Tamponade der Scheide ev. auch der Cervix und des Cavum uteri, besonders bei stärkeren Hämorrhagien, in Betracht. Man behandelt ferner die hypertrophische Schleimhaut mit Jodtinctur, 50proc. Carbolspiritus oder 10—50proc. Chlorzinklösungen; endlich empfiehlt Sch. auch die Abrasio mucosae, namentlich mit nachfolgender Aetzbehandlung, als wirksames Mittel zur Bekämpfung der Metrorrhagien bei Myomen. Die Erfolge der electrischen Behandlung dagegen sind sehr zweifelhaft. Um die Schmerzen bei Myomen zu bekämpfen, sind die Bäder sehr wirksam (Soolbäder, Jod- und Moorbäder, wie Kreuznach, Elster, Tölz, Franzensbad). — Zu den palliativen Behandlungsmethoden der Myome gehört auch die Castration. Sch. empfiehlt sie bei solchen entkräfteten Kranken, bei denen eine langdauernde Myomoperation ein Wagniß sein würde. — Was die operative Therapie anlangt, so sind zunächst diejenigen Methoden zu nennen, welche nur die Neubildung ausschälen wollen; es sind dies die vaginale Enucleation schleimhautnaher Myome nach vorheriger Erweiterung oder Spaltung der Cervix; ferner die Enucleation von Myomen der Vorder- und Hinterwand durch vaginale Laparotomie; in gewissen Fällen hat auch die abdominale Enucleation der Myome ihre Berechtigung. Der Nachtheil aller Enucleationsmethoden ist, daß ein Wiederwachsen von Myomen noch Jahre lang nach der Operation möglich ist. Der vaginalen Totalexstirpation ev. mit Zuhilfenahme der Medianspaltung des Uterus und des Morcellements muß ein möglichst ausgedehntes Feld eingeräumt werden; mäßige Größe der Neubildung, gute Beweglichkeit und Zugänglichkeit sind die Vorbedingungen für die Ausführbarkeit, ausgedehnte Verwachsungen mit Adnexen und Därmen sind eine Contraindication der vaginalen Methode. Auf die Nothwendigkeit, von der vaginalen Operation sofort

zur Laparotomie überzugehen, muß man stets eingerichtet sein. Die Klemmmethode verwirft Sch. wegen der Gefahr einer ev. lebensgefährlichen Nachblutung. Die beiden Myomoperationen par excellence sind die supravaginale Amputation mit retroperitonealer Stielversorgung und die abdominale Totalexstirpation. Die letztere ist unumgänglich bei großen Cervix- und intraligamentären Myomen und bei maligner Degeneration. Hat man die Wahl, so ist die supravaginale Amputation als technisch einfachere, weniger eingreifende und weniger gefährliche Operation vorzuziehen. Die combinirte Methode der Totalexstirpation, d. h. die der Laparotomie vorausgeschickte vaginale Umschneidung der Portio, Eröffnung des Douglas und der Plica und die Versorgung der Uterinae bietet erhebliche technische Vortheile. Sehr wichtig ist es, bei Myomoperationen wenigstens ein Ovarium oder einen Ovarialrest zurückzulassen, um die Ausfallserscheinungen zu vermeiden, welche um so heftiger sind, je jünger die Patientin ist, und die ihr für viele Jahre das Leben verbittern können. Trotz der guten Resultate, der Myomoperationen im Allgemeinen kommen doch hin und wieder Todesfälle (Lungenembolien, Herzlähmungen durch die Narcose und den Operationsshok, hypostatische Pneumonien etc.) vor; darum soll man immer nur auf Grund sorgfältiger Indicationsstellung operiren; wo es aber irgend möglich ist, die Operation durch Anwendung der palliativen Behandlungsmethoden zu umgehen suchen.

Zur Therapie der Cholera infantum. Von A. B. Marfan. M.'s Therapie der Cholera infantum besteht hauptsächlich aus einer 24—48 Stunden durchgeführten „Wasserdiät", aus subcutanen Injectionen physiologischer Kochsalzlösung event. mit Zusatz von Coffeïn und aus warmen Bädern, denen unter Umständen Senf hinzugefügt wird. — Die Wasserdiät besteht aus der Darreichung reinen, sterilisirten (sorgfältige Reinigung der Saugflasche, möglichste Unterlassung der Umfüllung des gekochten Wassers) warmen oder abgekühlten Wassers ohne jeden anderen Zusatz. Die Meinung, daß Säuglinge eine selbst kurzdauernde Abstinenz schlecht vertragen, ist vollkommen unbegründet. Die Erfahrung hat M. gelehrt, daß, wenn man den Kindern nur genügend Wasser reicht, die Entziehung der Milch für 48 Stunden ihnen keinerlei Schaden bringt. Was die Quantität anbetrifft, so müssen die Kinder in 24 Stunden so viel Wasser erhalten, wie in gesunden Tagen Milch, also Säuglinge von 5 Monaten nahezu 1 Liter Wasser. Manche nehmen dasselbe nur schwer, dann muß man zufrieden sein, ihnen vermittelst eines Löffels wenigstens einen Theil der nöthigen Menge beibringen zu können. Mit der ausschließ-

lichen Darreichung reinen Wassers entzieht man sofort den Fermentations- und Fäulnißprocessen im Magendarmcanal den Boden und verhütet, da das Wasser völlig reizlos ist, jede neue Reizung der Verdauungsschleimhaut. Man sieht daher sehr schnell das Erbrechen aufhören und die Stühle spärlicher und consistenter werden. Außerdem stillt das Wasser den oft sehr lebhaften Durst der Kinder, es wirkt der stets sehr ausgeprägten Wasserverarmung der Gewebe entgegen, unterhält und steigert die Diurese und damit die Ausscheidung der Toxine aus dem Körper. Ein Zusatz von Alkohol, Bouillon und Eiweiß zum Wasser ist schädlich, von Thee und Zucker überflüssig. Hat man 24 Stunden nur Wasser gereicht, so kann man bei Nachlaß der Magendarmsymptome und Besserung des Allgemeinbefindens mit äußerster Vorsicht etwa alle 4 Stunden das Kind einige Augenblicke die Brust nehmen, oder ihm in demselben Intervall 20 g sterilisirte Milch mit Zusatz von 40 g Wasser geben lassen, während es in der Zwischenzeit nur gekochtes Wasser erhält. Allmählich kann man dann, wenn Rückfälle ausbleiben, in vorsichtiger Weise wieder zur normalen Ernährung übergehen. Haben aber die Erscheinungen nach 24 Stunden nicht nachgelassen, oder treten Rückfälle ein, so setzt man die reine Wasserdiät noch 10—12—24 Stunden fort. — Gleichzeitig mit der reinen Wasserdiät erhalten die Kranken subcutane Injectionen physiologischer Kochsalzlösung. Es werden unter die Bauchhaut mit einer 20 g-Spritze 10 bis 30 ccm auf einmal äußerst langsam, damit keine Ekchymosen entstehen, injicirt und diese Einspritzungen je nach dem Zustand der Kinder 2—3mal in 24 Stunden wiederholt. Man kann dieselben 3—4 Tage lang fortsetzen und wenn nöthig — aber dann nur nach einer Pause von 5—6 Tagen — wieder aufnehmen. — Ihre Wirkung besteht in einer Stimulation des Nervensystems, in einer Besserung der Circulation und einer Steigerung der Diurese, sie bilden somit ein mächtiges Agens, um auf die Ausscheidung der Toxine aus dem Körper hinzuwirken. Die klinischen Veränderungen, die bald nach den ersten Injectionen eintreten, zeigen sich darin, daß der bisher schwache unzählbare Puls distinct und kräftiger, die Athmung regelmäßiger und tiefer wird, das Auge weniger starr und die Orbita weniger eingesunken ist, die grau-bläulichen Lippen eine rosige Farbe erhalten, die Extremitäten sich erwärmen und die Temperatur der Achselhöhle eine leichte Steigerung erfährt. Etwas später treten häufige und reichliche Urinentleerungen ein. Zuweilen, besonders bei drohendem Collaps fügte M. der Kochsalzlösung etwas Coffeïn hinzu. Er verschrieb dann

Coffeïni citrici s. benzoici	0,75
Natrii chlorati	2,4
Aquae	300,0.

Diese Mifchung übt eine mächtige stimulirende Wirk
auf das Herz und das Nervensystem aus.

Zugleich mit den bisher behandelten Heilfactoren ka
warme Bäder (35—36° C.) von 5—10 Minuten Dauer
mal täglich, bei drohendem Collaps mit Senfzusatz zur
wendung. Sie beruhigen das Nervensystem und br
damit dem Kinde den ruhigen Schlaf, reguliren die Te
ratur und steigern die Diurese. Der Senfzusatz bilde
mächtiges Stimulans für die Circulation. — Von Mage
Darmausspülungen ist M. bei Cholera infantum seit läng
Zeit zurückgekommen, weil er, wenn auch selten, Co
und Convulsionen nach denselben eintreten sah. Auch anti
rhoifche Mittel wendet er im choleriformen Stadium de
krankung nicht an, da er niemals von einem ders
(weder von Benzolnaphtol, noch von Betol oder S
Magisterium bismuthi, Calomel, Acidum lacticum, T
oder Opium) irgend eine günstige Einwirkung festst
konnte. Ebenso perhorrescirt er auch den Alkohol. —
die choleriformen Erfcheinungen endgültig gefchwunde
muß noch die große Schwäche der Kinder und die h
zurükbleibende Diarrhoe behandelt werden. Gegen le
läßt M. 5—6 täglich, bevor das Kind die Flafche bek
einen Kaffeelöffel folgender Schüttelmixtur reichen:

Benzonaphtholi	1,0
Bismuthi subnitrici	2,0
Tincturae Colombo	5,0
Tincturae Catechu	10,0
Mucilaginis gummosae	80,0

S. Vor dem Gebrauch umzufchütteln.

oder bei sehr hartnäckiger Diarrhoe 2—4 mal täglich
cg Tannigen in Wasser oder Milch. Ist die Diarrhoe
abundant oder kehrt das Erbrechen wieder, so thut m
für 10 bis 12 Stunden wieder die reine Wasserdiät
nehmen, womit man bei über 6 Monate alten Kinder
wenn die choleriformen Anfangserfcheinungen lange
zurückliegen, die Darreichung sehr vorsichtiger Ca
dosen verbindet M. verfchreibt:

Rp. Calomel 0,01
Sacchari 0,5
Divide i. part. V.
S. Jede halbe Stunde 1 Pulver.

M. hält auch sonst das Calomel bei Säuglingen fü
ungefährliches Medicament. Man darf es niemals bei K
unter 6 Monaten anwenden und bei älteren Säugling
über eine Tagesdosis von 4 cg hinausgehen, weil sonst
ruhrartige Dickdarmkatarrhe auftreten können.

(La Presse médic. 1900, No. 6.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in We
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wei

Der praktische Arzt.

Nro. 5. IXL. Jahrgang 25. Mai 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber Wismuthvergiftung. Ueber Konservirung von Nahrungsmitteln durch Antiseptica. Mineralwässer und Heilwässer. – Herzmittel und Vasomotorenmittel. Der gegenwärtige Stand der Hetol-Behandlung der Tuberculose. Die ärztliche Ueberwachung der Entfettungskuren. — Ueber die operative Behandlung der Schädeltraumen und ihrer Folgen. Die Wandlungen der Einreibungskur. Mittel gegen das Anlaufen der Spiegel bei Untersuchung im Nasenrachenraum. — Querlage und Wendung bei Erstgebärenden. Ueber manuelle Perforation und Extraction des kindlichen Schädels bei nachfolgendem Kopf und bei Abreißung des Rumpfes.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Im Allgemeinen wird man wohl nicht fehlgehen, wenn man die **Wismuthvergiftung** als eine dem Praktiker nicht sehr geläufige Intoxication bezeichnet Den Pharmakologen ist sie durchaus nicht unbekannt und Lewin räumt ihr in den „Nebenwirkungen der Arzneimittel" einen ziemlich breiten Raum ein. Er wendet sich dagegen, daß man Wismuth als ein ungefährliches Mittel betrachte und ohne Weiteres bei Magengeschwür, Verbrennungen, Wundbehandlungen u. s. w. in so großen Dosen verabfolgte. Die Wismuthvergiftung tritt nach den allerverschiedensten Wismuthpräparationen auf, und hat an sich mit Verunreinigung des Präparates durch Arsen, Blei, Tellur u. s. w. nichts zu thun. Lewin erinnert daran, daß beim Vorhandensein größerer Mengen von Säuren im Magen das basische Wismuthnitrat in das neutrale resp. saure ätzende Salz umgesetzt werden könne, welche beide als Gastroenteritis herbeiführende Gifte bekannt sind. Die Hauptvergiftungserscheinungen, die unter Umständen sogar recht schwer sein können, spielen sich im Munde an den Schleimhäuten ab, die von einer Dunkelfärbung der Zahnfleischränder durch das im Gewebe eingelagerte Schwefelwismuth bis zu den schwersten Formen der gangränösen Stomatitis ausgebildet sein können. Lewin spricht deßhalb von vier verschiedenen Graden; Bismutosis buccalis, Stomatitis simplex, Stomatitis ulcerosa, Stomatitis gangraenosa; als fernere Symptome kommen Erythem am ganzen Körper,

Nausea, Erbrechen und gastrointestinale und nephritiſche Erſcheinungen, sowie Allgemeinerſcheinungen an Kopfſchmerz, Schwindel, Aussetzen des Pulses und Störungen der Athmung, Delirien, und sogar kann, wie in dem von Gaucher und Balli beobachteten Falle, der Tod eintreten.

Dreesmann (Köln) hat unlängst wieder im ärztlichen Verein zu Köln (Münch. med. Wochenſchr. No. 6. 1901) von einem Fall berichtet, wo bei einem kräftigen 30jährigen Mann ausgedehnte Verbrennungen am linken Bein mit einer 10%igen Bism. subnitr.-Salbe 2 mal täglich verbunden worden waren. 3 Wochen später wurde im Urin ein ſchwarzes Sediment beobachtet, und nach weiteren 3 Wochen trat unter heftigen Schmerzen und Schlingbeſchwerden eine Stomatitis mit blaugrüner Verfärbung des Zahnfleiſchrandes auf. Die Erſcheinungen gingen nach Aussetzen des Mittels wieder langsam zurück, aber noch nach einem halben Jahr waren Spuren der Pigmentation nachzuweisen. Ueber zwei weitere Fälle berichtet in allerjüngster Zeit Prof. Mühling (Konstantinopel) (Münch. med. Wochenſchr. 1901, No. 15). Es handelte sich in beiden ebenfalls um ausgedehntere Verbrennungen, die mit Wismuthverbänden behandelt worden waren. Es traten in beiden Fällen Erſcheinungen ſchwerer Stomatitis ein, die in beiden Fällen erst zu einer Besserung resp. Heilung geführt werden konnten, als das Wismuth durch Auskratzen der Wundflächen ganz entfernt war.

In beiden Fällen wurden die verwendeten Präparate von chemiſcher Seite nachträglich untersucht und erwiesen sich als reines Wismuth.

In wie vielen Fällen wird nun Wismuth im grösseren, z. B. bei Magengeſchwüren und bei Verbänden in der Praxis verwandt, und wie selten werden Vergiftungen dadurch berichtigt! Zweifellos sind eben gewisse Individuen besonders zur Reaction auf diese toxiſchen Nebenwirkungen des Wismuth prädisponirt und besitzen eine specielle Idiosynkrasie gegen das Mittel. Wir müssen deshalb bei der Wismuthmedication stets diese Möglichkeit im Auge haben und dieselbe bei den ersten Anzeichen von Schwefelwismuthablagerungen im Zahnfleiſch sowie stomatitiſchen Symptomen aussetzen und das Mittel zugleich nach Möglichkeit aus dem Körper zu entfernen suchen. Unter diesen Kautelen jedoch brauchen wir uns nicht vor dem Wismuth als solchem zu fürchten, das uns doch bei manchen Zuständen, insbesondere bei Ulcus ventriculi so ausserordentlich werthvolle Dienste leistet.

Ueber die Konservirung von Nahrungsmitteln durch Antiseptica. Der zehnte internationale Kongress für Hygiene und Demographie in Paris (1900) fasste u. a.

folgenden Beschluss: „Die Verwendung von antiseptischen Mitteln zur Konservirung von Nahrungsmitteln und Getränken ist zu verbieten.“ Dass dieser Beschluss nicht ohne Protest von Seiten der interessirten Kreise, namentlich der Nahrungsmittelfabrikanten und Händler bleiben wird, ist zu erwarten. Um so zeitgemässer ist ein kleiner Aufsatz von Dr. Rud. Abel in der hygien. Rundschau, der die ärztlichen Kreise auf die Bedeutung der Frage aufmerksam macht und dieselbe nach ihren verschiedenen Seiten beleuchtet.

Zur Konservirung von Nahrungsmitteln kommen gegenwärtig hauptsächlich Borsäure und Salze derselben, Salicylsäure und Schwefelige Säure in Betracht. Die übrigen in den letzten Jahrzehnten empfohlenen Antiseptica, Kohlenoxyd, Kohlensäure, Wasserstoffsuperoxyd, Metaphosphorsäure, Alkalichromate, Fluorverbindungen, Natrium aceticum, essigsaure Thonerde, Benzoesäure, kommen nur selten oder gar nicht mehr zur Anwendung. Borsäure wird benutzt zur Konservirung der verschiedensten Fleischwaaren, wie Schinken, Pökelfleisch, Brühwürstchen, Fische und Schalthiere, als Konservirungsflüssigkeit zur Injektion der von Amerika, Holland und Dänemark heut vielfach eingeführten, sog. „gespritzten“ Schweinelebern, damit auch in den Würsten, zu denen diese Lebern verwendet werden, ferner in den meisten Sorten Margarine, in konservirtem Eigelb, endlich selbst in neuester Zeit in Milch und Milchprodukten. Schweflige Säure dient, abgesehen von ihrer Verwendung zum Schwefeln von Fässern und anderen Gefässen, in Form ihrer Natrium- und Calciumverbindungen als Zusatz zu Hackfleisch und zu manchen Wurstsorten, findet sich aber auch als Beimengung in eingemachten Gemüsen und Früchten, in Pflaumenmus, in getrockneten Früchten und sogar in getrockneten Suppenkräutern. Salicylsäure wird sehr vielfach benutzt bei der Herstellung von Fruchtsäften im Grossen, nicht selten zur Haltbarmachung von Bier und häufig von Fischen und Fischkonserven.

Vor allem ist die Frage zu entscheiden, ob die als Konservirungsmittel verwendeten Substanzen wirklich indifferente Substanzen sind, welche vom Organismus ohne Schaden vertragen werden. Die darüber vorhandenen Erfahrungen sind relativ spärlich und vielfach mangelhaft. So wollen eine Reihe von Autoren nach dem Genuss von Borsäure in Dosen von wenigen Grammen dyspeptische Beschwerden und Dermatitiden sowie Albuminurie beobachtet haben. Demgegenüber existiren zahlreiche Fälle, in welchen gleichgrosse Borsäuredosen, längere Zeit verabreicht, keine Beschwerden machten. Die Beobachtungen an Thieren ergaben ebenfalls widersprechende Resultate. Schweflige Säure, resp. ihre Salze wurde von verschiedenen Forschern

ohne jede üble Nachwirkung in ziemlich grossen Dosen genossen; andere Beobachter dagegen berichten von Aufstossen; Druck im Magen und Kopfschmerzen nach dem Genusse von mit schwefliger Säure versetzten Nahrungsmitteln. Vergiftungen nach Aufnahme von Salicylsäure in konservirten Nahrungsmitteln sind nicht veröffentlicht worden; bei therapeutischer Verwendung dagegen sind Vergiftungen, selbst nach Absorption von relativ kleinen Salicylsäure-Mengen häufig.

Diese Beobachtungen lassen sich zur Entscheidung der Frage der Schädlichkeit der Konservirungsmittel nicht gut verwenden. Erstens sind die Dosen, welche in einer bestimmten Menge eines konservirten Nahrungsmittels enthalten sind, viel kleiner als diejenigen, welche gewöhnlich bei therapeutischen Eingriffen verabreicht werden; ferner ist es etwas anderes, ob man 2—3 gr Borsäure in wässeriger Lösung trinkt, oder ob dieselbe in grossen Mengen von Nahrung in den Magen eingeführt wird. Eine Frage, die wir bis jetzt mit Bestimmtheit nicht zu beantworten vermögen, ist die des Einflusses kleiner aber längere Zeit fortgesetzter Dosen von derartigen Antisepticis. Welcher Arzt wird bei einem chronischen Magendarmkatarrh, bei einer Nephritis, bei „nervösen Kopfschmerzen" ohne weiteres auf die Vermuthung einer durch Konservirungsmittel der Nahrung verursachten Vergiftung kommen. Diese Möglichkeit ist jedoch nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, und was speziell die Salicylsäure anbetrifft, so wissen wir bestimmt, dass sie selbst in kleinen Dosen schlecht vertragen wird, sobald die Nieren erkrankt sind. Der Thierversuch ist für die Lösung der uns beschäftigenden Frage von geringem Werth, und so bleiben nur in grossem Maassstabe planmässig angelegte Versuche an gesunden Menschen übrig, welche Abel warm befürwortet.

Bedenklicher ist eine andere Seite der Frage. Der Nahrungsmittelfabrikant und Händler wird im Vertrauen auf die konservirende Kraft der Antiseptica bei der Herstellung und Aufbewahrung seiner Waaren leicht gleichgültig werden in Bezug auf Sorgfalt und Reinlichkeit des Herstellungsverfahrens, und, was noch bedenklicher ist, er wird durch den Zusatz von Konservirungsmitteln, Waaren, die schon im Beginne der Zersetzung sich befinden und dadurch vielleicht schon gesundheitsgefährliche Eigenschaften erlangt haben, noch konserviren und vollwerthigen unzersetzten Waaren scheinbar gleichmachen.

Vor Gericht hat der ärztliche Sachverständige in Fragen der Anwendung von antiseptischen Mitteln zur Konservirung von Nahrungsmitteln oft schweren Stand. Abgesehen von bestimmten, durch das Gesetz vorgesehenen Fällen, lässt

sich nicht sagen, dass ein Nahrungsmittel durch Zusatz eines Antisepticums verdorben, nachgemacht oder verfälscht sei. Ebenfalls ist ihm der Nachweis schwer, dass solche Zusätze direkt gesundheitsschädlich wirken, und somit steht man vor dem Resultate, dass die Verwendung von Konservirungsstoffen zu Nahrungsmitteln nur in wenigen Fällen strafbar ist, und auch in diesen Fällen dann nicht einmal, wenn der Nahrungsmittelhändler das Gesetz kennt, von dessen Schwächen Gebrauch macht und den Antisepticumzusatz oder die Minderwerthigkeit einer durch Antiseptica konservirten Waare dem Käufer irgendwie bekannt giebt.

Was kann nun geschehen, um die Verwendung der Antiseptica in der Nahrungsmittelindustrie mehr als bisher möglich ist einzudämmen? Es ist vorgeschlagen worden, die Deklaration des Zusatzes des Konservirungsmittels obligatorisch zu machen, in der Meinung, dass das Publikum sich dadurch abschrecken lassen würde. Dass man sich dadurch in der Urtheilsfähigkeit des Publikums gründlich getäuscht hat, mag folgendes Beispiel aus Abel's Praxis darlegen: Er hatte einen Fall zu begutachten, in dem ein Schlächter, gewitzigt durch eine Verurtheilung, die ihm der Verkauf von Hackfleisch mit Präservesalz eingetragen hatte, ein Plakat in seinem Laden angebracht hatte mit der Aufschrift: „Hier verkaufte Fleisch- und Wurstwaaren sind durch Konservirungsmittel vor schnellem Verderben geschützt." Als Sachverständiger äusserte sich Abel dahin, daß dieses Plakat, soweit es sich auf Hackfleisch und schwefelsaures Salz beziehe, geeignet sei, eine Täuschung des Publikums hervorzurufen. Denn das schwefligsaure Salz verhindert nur, indem es die frischrothe Farbe des Hackfleisches konservirt, dass die im Fleische vorgehenden Zersetzungsvorgänge dem Käufer sichtbar werden. Die Zersetzungsvorgänge selbst verhindert es nicht, so dass, wenn das Plakat der Wahrheit entsprechen sollte, es so müsste lauten: „Das hier verkaufte Hackfleisch ist mit einer Substanz versetzt, die es frisch erscheinen lässt, auch wenn es nicht mehr frisch und unverdorben ist." Darauf wurde der Schlächter gestraft. Und was geschah nun? Der Schlächter wusste sich den Wortlaut des Schlussatzes des Gutachtens zu verschaffen, schrieb den in Anführungsstrichen stehenden Satz auf ein Plakat und hängte dies im Laden auf. Das Publikum aber kümmerte sich um das Plakat und dessen ominöse Inschrift auch nicht im mindesten, sondern kaufte ruhig nach wie vor dem Schlächter das Hackfleisch ab. Nicht einmal die gebildeten Laien, geschweige denn die grosse Masse des Publikums würden voraussichtlich irgend welchen Anstand nehmen, Schinken, Würste und Konserven aus den von ihnen bisher besuchten Geschäften weiter zu beziehen,

wenn ihnen plötzlich vom Verkäufer erklärt werden würde, die Waare müsse jetzt mit der Angabe verkauft werden, dass sie Borsäure, schweflige Säure oder Salicylsäure enthalte, im übrigen sei es dieselbe Waare, die sie schon immer erhalten hätten. Das Publikum würde sich sagen, schädlich können ja die Sachen nicht sein, sonst würde die Behörde doch verbieten, dass sie überhaupt verkauft werden. Ebensowenig schaffen öffentliche Belehrungen viel Nutzen, da sich die wenigsten Leute um sie kümmern.

Das Resultat seiner Erörterungen fast A. in folgendem Satz zusammen: Es erscheint dringend nöthig, dass von den gesetzlichen Handhaben baldigst und umfassend zur Beseitigung der Antiseptica in der Nahrungsmittelindustrie Gebrauch gemacht werden möge, baldigst schon deshalb, weil die Verwendung der Antiseptica sonst immer mehr „handelsüblich" wird und um so schwerer auszurotten ist, umfassend, indem man alle Konservirungsmittel verbietet, nicht nur die im Augenblick üblichen, an deren Stelle sonst bald andere treten würden. (Hygien. Rundschau, 15. März 1901.)

Mineralwässer und Heilwässer. Von Dr. W. Jaworski, Prof. für innere Med. an der Universität in Krakau. (Wiener med. Wochenschrift, 1901.) Die Kurorte haben in der Neuzeit einen ungeahnten Aufschwung in der Entwickelung und Frequenz genommen. Dieser gewaltige Andrang zu den Heilquellen nimmt von Jahr zu Jahr stets zu und hat ohne Zweifel seinen Grund in reellen Erfolgen der durchgemachten Kuren. Es ist aber nach J. nicht anzunehmen, daß diese Erfolge durch bloße Trinkkur erzielt worden sind; es müssen auch andere Factoren in hohem Maaße mitgewirkt haben. Dies ist schon daraus zu entnehmen, daß wenigstens die Hälfte der pilgernden Kurgäste sich mit einer Trinkkur zu Hause begnügt hätte, da der Aufenthalt im Kurorte selbst nicht blos schwere Opfer an Geld und Zeit, sondern zugleich ein Entsagen von vielen beliebten Lebensgewohnheiten erfordert. Wir erfahren es ja oft, daß viele Kranke den Gebrauch der Mineralwässer zuerst zu Hause versuchten, und da sie zu Hause keinen sichtlichen Erfolg erzielten, nach dem Kurort selbst sich begaben, um von dort mit erheblicher Besserung ihres Krankheitszustandes zurückzukehren. Es müssen somit am Kurorte außer dem Minerelwasser noch andere therapeutische Factoren mitwirken, welche sogar eine günstigere Wirkung ausüben als das Mineralwasser selbst.

Die Empfehlung des Gebrauches eines Kurortes, von dessen angeblich großartigen Erfolgen der Krank durch Hörensagen voreingenommen ist und zu dem er Vertrauen gefaßt hat, übt auf die psychische und nervöse Sphäre des

Patienten einen mächtigen Einfluss aus. Nicht allein Kranke mit functionellen Störungen stehen unter dem mächtigen Einflusse dieser Suggestion, sondern auch Patienten mit nachweisbar anatomischen Läsionen. Der feste Glaube an die Heilwirkung eines Kurortes läßt sie selbst bei hoher Fieberhitze die Strapazen einer mehrwöchentlichen Reise aus Indien nach Europa oder umgekehrt von hier bis nach Tasmanien staunenswerth ertragen. Dieser Glaube erleichtert auch dem Kurarzte seine Aufgabe, indem sich der Kranke allen seinen Anordnungen willig fügt, und in dieser Beziehung ist der Badearzt als Therapeut dem Hausarzt überlegen.

Der Kranke ändert im Kurort seine Lebensweise fast gänzlich. Er giebt seine körperlichen und geistigen Anstrengungen auf, denn das „verträgt sich nicht mit der Brunnenkur". Er geht zeitig zu Bette, steht früh auf, das Arbeiten in die späte Nacht oder die nächtlichen Vergnügungen fallen fort. Der erfahrene Arzt, der durch die Anamnese sich über den Lebenswandel des Patienten Kenntniß verschafft hat, ordnet bald Körperbewegung, bald Ruhe, bald angemessene Unterhaltungen, bald gymnastische Uebungen an, lauter Factoren, welche auf die Nerventhätigkeit, den Kreislauf und die Verdauung einen wohlthuenden Einfluß ausüben.

Die klimatischen Verhältnisse, welche in den Kurorten viel günstiger sind als in den Städten, beeinflussen in hohem Grade die vitalen Functionen des Organismus. Die höhere Lage derselben, geringerer Bacterien- und Staubgehalt der Luft, veränderter Feuchtigkeits- und Wärmegrad ändern auch die Perspiration und Nerventhätigkeit, regen den Stoffumsatz, die Circulation des Blutes und der intercellularen Flüssigkeit an und heben die Energie des Herzens und des Muskelapparates, und zwar in so günstiger Weise, daß oft ein mehrwöchentlicher Aufenthalt im Kurorte hinreichend ist, den Kranken herzustellen, ohne daß er etwas vom Mineralwasser getrunken hätte.

Eine vernünftige diätetische Ernährung, welche in den meisten Kurorten empfohlen wird, gehört zu dem mächtigsten Factor, welcher den Gesammtorganismus beeinflußt und dessen Beobachtung den Kurärzten recht an's Herz zu legen ist. Die Erfahrung lehrt nämlich, daß diejenigen Kurorte, in denen man die Diät fast abergläubisch an das Wassertrinken gebunden hat, bessere Heilerfolge aufzuweisen haben, als jene, welche ihren Patienten die Freiheit in dieser Richtung lassen. J. glaubt auch darin die Ursache der viel günstigeren Heilerfolge in Karlsbad als in dem concurrirenden Vichy suchen zu müssen.

Einen mächtigen therapeutischen Factor bildet die Anwendung der Mineralwasserbäder, wie dieselben heutzutage

in verschiedenster Form angewendet werden. Je nach der Applicationsweise beeinflussen sie die Perspiration, den Stoffumsatz, wirken bald anregend, bald calmirend auf das Nervensystem und die Circulationsorgane. Auch ist man im Stande, mit denselben einzelne Organe local zu beeinflussen.

Wenn es je eine Brunnenkur im eigentlichen Sinne gab, so war es vom 15. bis 18. Jahrhundert. Damals galt die ärztliche Verordnung, 15—40 Becher (3—10 Liter) Mineralwasser in einem Tage zu trinken und zwar solange, bis kritische Erscheinungen aufgetreten waren. In jenen Zeiten waren die Kurerfolge in der That vorwiegend auf die Rechnung der Trinkkur zu setzen. Die heutige Verordnung beschränkt sich meist auf die Aufnahme von „halben Unzen" oder gar 1—3 Eßlöffel eines Mineralwassers, d. h. auf Quantitäten, in welchen kaum ein Bruchtheil eines Milligramms vom wirksamen Stoffe (J, Li, Fe u. s. w.) sich vorfindet und welche getrost auch einem Säugling verordnet werden könnten. Es liegt auf der Hand, daß bei Anwendung so geringer Quantitäten Mineralwasser die Trinkkur eine untergeordnete Bedeutung in der Brunnenkur einnimmt und die erzielten Heilerfolge vorwiegend auf die Rechnung der oben aufgezählten therapeutischen Agentien zu bringen sind.

Es ist heutzutage die Meinung verbreitet, daß jedes Mineralwasser ein therapeutisches Individuum bildet, an dessen Zusammensetzung etwas zu ändern, nicht gestattet ist. Man steht in dieser Beziehung noch auf dem Standpunkte unserer Vorgänger vor 100 Jahren, welche Mohnköpfe, Zittwerblüthen, Tollkirsche, Chinarinde, Galläpfel und dergleichen für jene Zeiten recht wirksame Arzneimittel verschrieben haben. Mit dem Fortschritte der Chemie wurden dieselben nach und nach durch die darin enthaltenen wirksamen Bestandtheile (Morphium, Atropin, Chinin, Tannin, Santonin u. s. w.) ersetzt, so daß heutzutage Niemand unter den Aerzten mehr behauptet, daß Morphium minderwerthiger sei als Mohnköpfe, Chinin als Chincarinde, Tannin als Galläpfel u. s. w. Im Gegentheile ist jeder Arzt zur Ansicht gekommen, daß die Verwendung der reinen wirksamen Substanzen einen Fortschritt bedeutet, indem dadurch die Dosirung sicherer geworden ist und die vielen Nebenerscheinungen, welche durch die Unmasse der im Rohstoff enthaltenen Beimischungen hervorgerufen werden, beseitigt worden sind. Nur in Betreff der Mineralwässer behauptet sich noch die obsolete Ansicht, daß es vortheilhafter sei das Mineralwasser mit allen seinen wirksamen und unwirksamen Bestandteilen zu verordnen, als künstliche Lösungen der wirksamen Salze allein. Diese Verwendungsart war am Platze zu Zeiten, als die chemische Zusammensetzung noch nicht bekannt war, nicht mehr heute. Die rationellste Ver-

ordnungsweise der Mineralsalze für Hauskur bilden weder die natürlichen Flaschenmineralwässer, noch ihre künstlichen Nachahmungen, sondern die künstlich hergestellten, einfachen oder zusammengesetzten Salzlösungen, welche als Heilwässer (Aquae medicinales) bezeichnet werden und deren Concentration und Zusammensetzung nach pharmakodynamischen Grundsätzen und klinischer Erfahrung festzustellen ist. Trotz der großen Vorzüge der Heilwässer darf man sich aber nicht der Hoffnung hingeben, daß dieselben die Kurorte selbst ersetzen oder gar überflüssig machen werden. Das Hauptgewicht der jetzigen Kurorte liegt, wie hervorgehoben, nicht in der Trinkkur, sondern vielmehr in den speciellen Kurmethoden, welche sich für jeden Kurort mit der Zeit ausgebildet haben.

II. Medicin.

Herzmittel und Vasomotorenmittel. Von Prof. Sahli (Bern). Nach einem Vortrag auf dem Congreß für innere Medicin zu Berlin 16.—19. April 01. Wenn man sich durch die vereinzelten Erfolge der sog. spezifischen Behandlungsmethoden verblenden läßt, so muß man zur Ueberzeugung kommen, daß die Zukunft der Medizin in einer genauen Erforschung der die Krankheiten begleitenden funktionellen Störungen liegt; dieselben sind nach strengen physiologischen Grundsätzen zu studiren, und die darnach einzuleitende Therapie muß auch möglichst genau zu der festgestellten Funktionsstörung passen, um den in derselben enthaltenen Circulus vitiosus zu beseitigen. Die vielfachen scheinbar unerklärlichen Mißerfolge, welche man bei der Anwendung der bestbekannten Herzmittel, wie Digitalis und Coffeïn erlebt, rühren oft nur von einer mangelhaften Kenntniß der zu beseitigenden Funktionsstörung her.

Die Behandlung der Stauungszustände der Cirkulation ist wohl die wichtigste Indikation für die Anwendung der Herz- und Vasomotorenmittel. Deshalb ist es vor allem nothwendig, in die allgemeine Pathologie und Funktionsdiagnostik der Stauungszustände etwas Klarheit zu bringen. Allen Stauungszuständen ist gemeinsam die Verlangsamung der Blutströmung in der Aorta, wodurch eine Verminderung der Cirkulationsgröße und eine abnorme Blutvertheilung bedingt wird. Man kann verschiedene Stauungszustände unterscheiden. Erstens giebt es eine cardiale Stauung, welche meist in einer Verminderung der systolischen Kraft des Herzens beruht. Aber auch eine mechanische Behinderung der Diastole, wie z. B. bei pericardialen Ergüssen, kann zur

cardialen Stauung führen. Charakteristisch für diese Form ist die geringe Füllung der Arterien und Capillaren und die starke Füllung der Venen und des Lungenkreislaufes.

Eine zweite Form der Stauung ist die respiratorische Stauung infolge von Erkrankungen der Respirationsorgane, von Emphysem, Kyphoscoliose, Lungeninduration, Bronchialasthma, stenosirende Bronchitis und Flüssigkeitsergüsse im Thorax. Symptomatologisch unterscheidet sich diese Form nicht von der cardialen Stauung. Dabei handelt es sich entweder um systolische Hindernisse für den rechten Ventrikel oder um mechanische Behinderung der Diastole infolge Zunahme des intrathoracischen Druckes.

Bei diesen vom Herzen ausgehenden Stauungen ist gewöhnlich der arterielle Druck erniedrigt; jedoch ist dies nicht immer der Fall, der arterielle Druck kann erhöht sein, und zwar, wenn die arteriellen Widerstände erheblich sind. Diese letztere Form bezeichnet S. als Hochdruckstauungen im Gegensatz zu den Niederdruckstauungen.

Die vasomotorische Stauung beruht auf einer starken Vasodilatation der Capillaren des großen Kreislaufs, so daß bei völlig erhaltener Herzkraft das Herz in der Diastole zu wenig Blut erhält. Dabei sind arterieller und venöser Druck niedrig. Cyanose, Dysurie und kleiner Puls sind die Symptome dieser Stauungsform; Oedeme fehlen meist. Unter splanchnischer Stauung versteht S. eine Stauung, welche dem Auge nicht zugänglich ist und auf die Gefässe des Abdomens sich lokalisirt. Die Patienten sehen mehr blass als cyanotisch aus und machen den Eindruck von verblutenden Menschen. Diese Form kommt sowohl primär als bei schweren cardialen Stauungen, besonders bei Aorteninsufficienz vor. Sie ist prognostisch ungünstig.

Im Interesse der Therapie ist es genügend, wenn blos einzelne Symptome, wie akute Zunahme der Dyspnoe und der Pulsfrequenz, Spuren von Oedem, leichte Verminderung der Harnmenge, stärkere Füllung der Halsvenen vorhanden sind, um Stauung zu diagnosticiren.

Was nun die Behandlung dieser Störungen anbelangt, so ist die erste Frage: hat die Digitalis für alle eben geschilderten Stauungszustände therapeutische Bedeutung, oder nur für einzelne derselben? Bei allen cardialen Stauungen wirkt die Digitalis günstig; indem sie die Systole verbessert, bei der Stauung durch Hinderung der Diastole (pericard. Ergüsse) wirkt Digitalis infolge ihrer die Diastole bessernden Wirkung ebenfalls günstig. Ebenso kommt die Saugwirkung der Digitalis bei der vasodilatatorischen Stauung in Betracht; außerdem ist in diesen Fällen das Herz durch die nämliche Krankheitsursache oder sekundär infolge mangelhafter Blutzufuhr mitgeschädigt und wird durch

Digitalis direkt beeinflußt. Man kommt somit zum Resultate, dass Digitalis bei der Behandlung sämmtlicher allgemeiner Stauungen am Platze ist; allerdings darf sie nicht schablonenmäßig angewendet werden, und es giebt Fälle, wo auf Grund einer exakten Funktionsdiagnose die gefäßverengernde Wirkung des Kamphers oder des Coffeïns besser am Platze wäre. Selbst bei Hochdruckstauungen, wo man infolge der gewöhnlich druckerhöhenden Wirkung des Mittels Bedenken haben könnte, Digitalis anzuwenden, wirkt sie nach S. druckvermindernd und beseitigt die Stauung.

In vielen Fällen überdauert die Wirkung der Digitalis lange Zeit, oft Jahre, die Medikation. Diese Erscheinung ist dadurch zu erklären, daß das Mittel die Stauung nicht nur in den übrigen Organen, sondern im Herzen selbst beseitigt, und die Besserung des Coronarkreislaufes ist die erste Bedingung einer Erholung und dauernden Kräftigung des Herzmuskels. Dabei kommt der Pulsverlangsamung eine besondere Bedeutung zu. In zahlreichen Fällen ist aber die Digitaliswirkung nur von kurzer Dauer und oft gelingt es nur durch dauernden Gebrauch der Digitalis, den Kreislauf etwas zu heben. Unter den zahlreichen hier in Frage kommenden Faktoren wäre einer besonders zu erwähnen, der gewöhnlich nicht berücksichtigt wird. Es ist nämlich die von S. so genannte essentielle Insufficienz einer Klappe, d. h. eine Insufficienz, welche so hochgradig geworden ist, daß eine Kompensation gar nicht mehr möglich ist. Die dadurch bedingte essentielle Stauung ist von der Stauung bei Kompensationsstörungen prinzipell verschieden und durch Behandlung nicht oder nur wenig zu beeinflussen.

Eine Frage ist die, ob Digitalis bei allen Klappenfehlern ohne Unterschied angewendet werden kann. Man findet häufig die Angabe, dass bei Aorteninsufficienz Digitalis nicht indicirt sei, indem man annimmt, dass durch die Pulsverlangsamung die Regurgitation aus der Aorta gefördert wird. Man vergisst aber dabei, daß gleichzeitig die Entleerung des linken Vorhofs infolge der diastolischen Wirkung der Digitalis erleichtert wird, so daß schließlich der Kreislauf gehoben wird. Man kann übrigens durch Dosirung des Mittels das Zustandekommen einer hochgradigen Verlangsamung vermeiden. Die praktische Erfahrung lehrt aber, daß die Digitalisbehandlung der Aorteninsufficienz weit ungünstigere Resultate aufzuweisen hat als die Behandlung der Mitralfehler; der Grund davon ist, daß die Aorteninsufficienz oft lange vertragen wird, ohne Beschwerden zu machen, und dass, wenn sie zur Behandlung kommt, sie häufig bereits in das Stadium der essentiellen Stauung getreten ist. Somit kommt S. zum Schluss, daß, sofern es sich nicht um untaugliche Objekte handelt, an denen das

Mittel versucht wird, Digitalis bei allen Klappenfehlern gleich nützlich wirken kann.

In Bezug auf die pulsregulirenden Eigenschaften der Digitalis kann man sagen, daß Arhythmien, welche auf Stauung beruhen, durch Digitalis gebessert werden; inwiefern aber Arhythmien, die von der Stauung unabhängig sind, von der Digitalisbehandlung beeinflussbar sind, müssen weitere Beobachtungen lehren.

Was die Dosirung anbelangt, so ist zu bemerken, daß bei der Verordnung der Tinktur, z. B. 3mal 5 Tropfen, weder Saugwirkung noch Pulsverlangsamung zu Stande kommen, und daß die bei diesen niedrigen Dosen ausschließlich zum Vorschein tretende Besserung der Systole für die Beseitigung der Hochdruckstauungen geeignet erscheint.

Strophantus, Adonis, Convallaria, Scilla u. s. w. wirken sehr ähnlich wie Digitalis. Ob ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen Mitteln besteht, erscheint recht zweifelhaft.

Coffeïn ist in erster Linie ein gefässverengerndes Mittel und demnach zur Bekämpfung vasodilatatorischer Stauungen, wie solche bei akuten Infektionskrankheiten vielfach vorkommen, besonders geeignet. Vom klinischen Standpunkte spricht manches für eine Herzwirkung des Coffeïns, und zwar in Uebereinstimmung mit dem pharmakologischen Experiment für eine systolische Wirkung. S. wendet Coffeïn hauptsächlich an bei Hochdruckstauungen. Was die pulsregulirende Wirkung des Coffeïns anbelangt, so lässt sich zur Zeit noch nichts bestimmtes sagen. Die pulsbeschleunigende Wirkung des Coffeïns kann bei Stauungszuständen mit Pulsverlangsamung von Nutzen sein, und die erweiternde Wirkung des Coffeïns auf die Coronargefässe mag manche günstige Resultate bei Angina pectoris erklären. Dosis 0,6—1,0 Coffeïn. natric-salicyl. pro die in 3—4 Dosen. Als Nebenwirkung grosser Gaben: Herzklopfen, Pulsarhythmie, Aufregungszustände und Schlaflosigkeit.

Eine ähnliche Rolle wie dem Coffeïn kommt dem Kampher zu. Er wirkt auf das Vasomotoren- und Athmungscentrum und seine vielfach angezweifelte Herzwirkung dürfte nun auch festgestellt sein. Der Kampher wird hauptsächlich zur Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Funktionen bei Infektionskrankheiten verwendet. Unangenehm sind seine Schwerlöslichkeit, sein starker Geschmack und Geruch. Dosirung 0,5—1,0 pro die in 3—4 Dosen, subcutan 20% in Olivenöl.

Eine direkte Wirkung auf das Herz kommt dem Alkohol nicht zu. Dagegen wirkt er entspannend auf die Gefässe und eignet sich zur Beseitigung von vasomotorischen Kreislaufwiderständen. Die Wirkung des Alkohols ist dagegen zu flüchtig, um zur Beseitigung von Hochdruckstauungen

allein auszureichen; in Verbindung mit Digitalis oder Coffein wirkt er günstig auf diese Zustände ein, durch Erweiterung der Gefässe und Anregung der Diurese. Auch vermag der Alkohol in manchen Fällen von Angina pectoris nützliche Dienste zu leisten. Als cirkulationsbeförderndes Mittel bei akuten Infektionskrankheiten scheint dagegen der Alkohol entgegen einer noch sehr verbreiteten Ansicht nicht indicirt zu sein. Zustände, in welchen bei Infektionskrankheiten der Alkohol nützlich, ja sogar unersetzbar ist, sind der febrile Schüttelfrost und jener verwandte Zustand der mangelhaften Reaktion nach dem Bade. In Collapszuständen durch absolute Herzschwäche oder angiospastische Zustände kann der Alkohol günstig wirken, dagegen nicht bei vasodilatatorischen Collapszuständen. Aehnlich wie der Alkohol wirkt wohl auch der Aether. Allerdings kommen noch bei Aetherinjektionen, die durch den Schmerz ausgelösten reflektorischen Wirkungen in Betracht.

Die Wirkung der Nitrite und der Jodalkalien auf die Vasomotoren eignet sich gegenwärtig infolge der mangelhaften experimentellen Grundlage noch nicht zu einer erspriesslichen Diskussion. Was die Wahl der einzelnen Mittel anbelangt, so kann man sagen, dass es in der Regel nicht zweckmässig ist, verschiedene Mittel der nämlichen Gruppe, z. B. der Digitalisgruppe, direkt aufeinander folgen zu lassen oder mit einander zu kombiniren. Unter Umständen lassen sich Mittel wie Bromkalium, Schlafmittel, Abführmittel erfolgreich mit Herz- und Vasomotorenmitteln kombiniren.

Landerer-Stuttgart fasst in einem Aufsatz, betitelt: **Der gegenwärtige Stand der Hetol-(Zimmtsäure-) Behandlung der Tuberkulose**, seine Anschauungen in folgenden Sätzen zusammen (Berliner Klinik, März 1901). Die Erfahrungen zahlreicher Autoren haben die Angaben, die er in seinem Buche von 1898 gemacht hat, in ihrem vollen Umfange bestätigt. Die Zimmtsäure ist kein eigentliches Specificum gegen Tuberkulose, aber ein Mittel, das die Tuberkulose energisch zu beeinflussen vermag.

Die Hetolbehandlung ist im Stande, unkomplicirte Tuberkulosen jeder Art ohne Fieber und ohne grössere Zerstörungen bei noch einigermassen erhaltenem Kräftestand mit grosser Sicherheit zur Heilung zu bringen. Auch bei vorgeschrittenen Prozessen vermag sie noch in einem Theil der Fälle erheblichen Nutzen zu bringen. Die Hetolbehandlung muss innerhalb der Grenzen, die L. ihrer Verwendung in der Praxis gezogen hat, und bei sachverständiger Anwendung als völlig unschädlich angesehen werden. Die Hetolbehandlung setzt, da die theoretischen Grundlagen neu sind, ebenso wie die Technik, ein gewisses Studium voraus. Un-

genügende Erfolge beruhen auf ungenügender Vertrautheit mit der Methode. Da die Tuberkulose mit den heutigen Hilfsmitteln in fast allen Fällen früh erkannt werden kann, ist der — unschädlichen — Hetolbehandlung ein weites Feld für die Bekämpfung der Tuberkulose einzuräumen. L. verwendet eine einprocentige und zweiprocentige Lösung von Hetol in Aq. dest. oder 0,7procentige Kochsalzlösung; die Lösung soll filtrirt, klar, schwach alkalisch, steril sein. Die Firma Kalle & Co., Biebrich, liefert 1 proc., 2 proc. Lösungen, sterilisirt in zugeschmolzenen Glastuben. Die Injektion erfolgt intravenös oder glutäal.

Für den praktischen Arzt kommt die Hetolbehandlung insofern ernstlich in Betracht, als er unkomplicirte fieberlose Tuberkulosen in ambulatorische Behandlung nehmen und die aus Sanatorien zu früh Entlassenen unter Verständigung mit den Anstaltsärzten weiter behandeln kann. Nicht dringend genug kann davor gewarnt werden, daß der praktische Arzt Fälle mit Fieber, Zerstörungen, Neigung zu Blutungen oder mit sehr reducirtem Allgemeinbefinden in Behandlung nimmt. Solche Fälle gehören unbedingt in die Sanatorien; in der täglichen Praxis behandelt, bringen sie für Arzt und Patienten nur schmerzliche Enttäuschungen.

Die Mitwirkung der praktischen Aerzte an der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit kann durch Verallgemeinerung der Hetolbehandlung weitere und nachhaltigere Wirkung üben, als alle bisher zu diesem Zwecke getroffenen großartigen sanitären Massregeln.

Die ärztliche Ueberwachung der Entfettungscuren. Von Prof. Dr. E. Heinrich Kisch.

Je klarer es geworden, daß eine rationelle Entfettungsmethode in erster Linie auf einer den Gesetzen des Stoffwechsels Rechnung tragenden und den individuellen Verhältwissen des Einzelfalles entsprechenden Ernährungsveränderung des Fettleibigen begründet werden muß, umso wichtiger erscheint die Aufgabe des Arztes, den Gang der Entfettung zu überwachen, die Behandlung so zu leiten, daß zwar Fett zum Schwinden gebracht, der Eiweißbestand des Körpers aber geschont, die Muskelkraft nicht herabgemindert, das Herz nicht geschwächt werde. Mit sorgfältiger Berücksichtigung der constitutionellen Körperbeschaffenheit, der bisherigen Ernährungsweise, der Lebensgewohnheiten, der Widerstandfähigkeit, der Blutbeschaffenheit, auch des socialen Milieu des Individuums, ist ein genaues Vorschreiben des Masses und der Beschaffenheit der Nahrung, der Größe und der Art der körperlichen Bewegung geboten. Es ist darum bezüglich der Nahrung ein genaues Vorschreiben der Menge von festen Speisen nach Grammgewicht und der

Flüssigkeit nach Cubikcentimetern, sowie die Berechnung der hierdurch dem Körper zugeführten Mengen von Nahrungsbestandtheilen, des Gehaltes an Wasser, Eiweiß, Fett, Kohlenhydraten und der dieser Nahrung entsprechenden Menge von Calorien nothwendig. Das nothwendige Maß, welches der Mensch zur Aufrechterhaltung seines Körperbestandes bedarf, und das im Mittel bei einem Erwachsenen mit mäßiger Arbeit pro Kilogramm Körpergewicht und pro Tag mit 40 Calorien in seiner Nahrung angenommen werden kann, ist bei fettleibigen Personen ein wesentlich geringeres und läßt sich bei hochgradig Lipomatösen um ein Viertel und noch mehr herabmindern. Wenn ein arbeitender Mann von 70 kg Körpergewicht des Tages etwa $70 \times 40 = 2800$ Calorien in der Nahrung bedarf, so hat ein hochgradig Fettleibiger von 90 kg Körpergewicht nicht $90 \times 40 = 3600$ Calorien in der Nahrung nothwendig, sondern es wird im Allgemeinen für ihn ein Calorienwerth von 2500 in der Nahrung genügen und dieser Werth kann während einer Entfettungscur durch kurze Zeit wesentlich, sogar bis auf die Hälfte herabgesetzt werden. Bezüglich der Beschaffenheit der Nahrungsmittel ist die Anforderung zu berücksichtigen, daß neben der entsprechenden Eiweißzufuhr eine mäßige Menge Kohlehydrate und nur ein Minimum von Fett geboten werde. K. hat hierfür bei plethorischen Fettleibigen für den Tag 160 g Eiweiß, 80 g Kohlehydrate und 11 g Fett beansprucht, bei anämisch Fettleibigen 200 g Eiweiß, 12 g Fett und 100 g Kohlehydrate. (1 g Eiweiß liefert bei der Verbrennung 4,1 Calorien, 1 g Kohlehydrat gleichfalls 4,1 Calorien und 1 g Fett 9,1 Calorien.) Für manche Speisen wird ein genaues Angeben nach Grammgewicht nicht nothwendig sein, sondern die Quantitätsbestimmung nach bekannten Größen genügen, z. B. ein Zwieback, eine halbe Semmel, ein Esslöffel voll, ein Weinglas u. s. w.

Bei plethorischen Fettleibigen mit guter Herzbeschaffenheit ist ein specielles Bestimmen der zu gestattenden Flüssigkeitsmengen nicht nothwendig. K. läßt solche Personen reichlich nach Bedürfniß Wasser trinken und dieses nur während der Mahlzeiten einschränken. Bei anämisch Fettleibigen, bei wesentlichen Stauungserscheinungen und hydrämischer Blutbeschaffenheit muß die Flüssigkeitszufuhr eingeschränkt und die Menge des Getränkes durch Differenzbestimmungen über Flüssigkeitsaufnahme und Harnausscheidung angegeben werden. In solchen Fällen erscheint ein Herabgehen der Flüssigkeitsaufnahme unter das physiologische Maß auf 1200—1000 cm^3 angezeigt. Die nothwendige Herabsetzung der Flüßigkeitsaufnahme muß allmählig, aber nicht in zu langer Uebergangszeit erfolgen. Oertel's An-

weisung gemäß soll das Maß für die Getränke im Allgemeinen ziemlich niedrig gesetzt werden: Eine Tasse Kaffee, Thee oder Milch oder andere Flüssigkeit = 750 cm^3 Morgens, und Abends $^2/_3$ l Wein = 350 cm^3 und vielleicht noch $^1/_4$—$^2/_3$ l Wasser, nebst der in der Nahrung enthaltenen Flüssigkeit, wozu Mittags noch ein kleiner Teller Suppe = 100 cm^3.

Im Beginn einer jeden Entfettungscur darf der Fettleibige nur so viel Bewegung machen, als für ihn, d. h. für sein Mastherz, ohne Ermüdung möglich ist. Mit der Zeit, mit der Abnahme des Körpergewichtes und mit der Gewöhnung des Herzens an die Arbeit kann diese Bewegung in der Ebene um das Doppelte, Dreifache, Vierfache vermehrt werden. Wenn die Accommodationsfähigkeit des Herzens zugenommen hat, wird man die Spaziergänge auch auf kleinere Anhöhen ausdehnen und allmählig Bergsteigen vornehmen lassen.

Systematische Körperwägungen sind während der Entfettung besonders wichtig, u. zw. mindestens einmal täglich (im nackten Zustande), Morgens oder Vormittags vor der ersten reichlichen Nahrungsaufnahme. Mit den Wägungen sollen auch Körpermessungen einhergehen, um einen Maßstab für die Ansammlung und Abnahme des Fettes an einzelnen Körperstellen zu geben. Außerdem muß der Arzt eine stete, sorgfältige Controle über die Muskelkraft des Individuums und speciell über die Kraft des Herzmuskels üben. Das Dynamometer und der Sphygmograph sind dabei wichtige Instrumente bei Vornahme der Entfettung. Zeigt das Dynamometer während des Gebrauches einer entfettenden Methode eine Herabminderung der Muskelkraft an, so ist dies ein höchst wichtiges Zeichen, daß die Entfettung zu drastisch vorgenommen wird, daß nicht nur das überschüssige Fett, sondern auch das Muskelfleisch angegriffen wird. Eine Zunahme der Druckkraft, mittels des Dynamometers nachweisbar, wird hingegen als ein günstiges Symptom angesprochen werden müssen. An den durch den Sphygmographen aufgenommenen Pulscurven hat man wiederum beachtenswerthe Anhaltspunkte, um den Ernährungszustand des Herzmuskels, sein Verhalten gegenüber der Fettumhüllung und Fettdurchwachsung, sowie seine Leistungsfähigkeit zu ermessen.

Von Wichtigkeit, aber weitaus schwieriger durchzuführen sind Stoffwechselbestimmungen bei Entfettungscuren. Wenn wesentliche Verluste von Körpereiweiß zu verzeichnen sind, werden die Mischungsverhältnisse der Nahrungsstoffe darnach geregelt werden müssen. Die Versuche v. Noorden's und Dapper's haben erwiesen, daß man es erzielen kann, bei Fettleibigen durch Entziehungscuren starke Fettverluste zu veranlassen, ohne daß im Geringsten Körpereiweiß zugrunde

ging, allerdings nur mit Ueberwindung von Schwierigkeiten, welche nur durch sorgfältiges Laviren in Bezug auf Qualität und Quantität der Nahrung zu überwinden waren. Die Behauptung des Eiweissbestandes gelang umso leichter, je mehr das gewohnte Mischungsverhältniß der Nahrungsstoffe beibehalten wurde. Der Arzt muß sich auch bemühen, auf die Psyche der geistig zumeist behäbigen und oft gemüthlich verstimmten hochgradig Fettleibigen einzuwirken. Häufig sind solche Fettleibige auch zu ernsteren geistigen Arbeiten unfähig geworden und müssen auch diesbezüglich durch systematische Uebung erziehlich behandelt werden.

(Berl. klin. Wochenschrift.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber die operative Behandlung der Schädeltraumen und ihrer Folgen äussert sich Maydl (Prag) in seinen Beiträgen zur endokranialen und kranioplastischen Chirurgie, in einem Bericht über 81 Fälle, von denen 43 operativ behandelt wurden, in folgender Weise:

Bei frischen Schädelwunden, welche mit der Verletzung der Continuität der Schädelbeine complicirt sind, ist sofort ein fester Occlusiv-Verband anzulegen und der Kranke in solche Verhältnisse zu bringen, wo verlässliche antiseptische oder aseptische Wundpflege möglich ist. Diese verlangt sofortiges Abrasiren nicht nur der nächsten Umgebung der Wunde, sondern des ganzen Kopfes, da der ganze Kopf auch in den einfachen Verband mitgenommen wird. Ehe der Kranke in hygienisch verlässliche Verhältnisse gebracht wird, ist an der Wunde nichts zu unternehmen, höchstens die nöthige Blutstillung durch Unterbindung oder Tamponade. Besonders ist vor dem Sondiren und dem vorzeitigen Schluss der Wunde durch Naht zu warnen.

Wenn die Wunde frisch und gehörig vorbereitet ist, dann räth M. zur gründlichen Untersuchung, die äussere Wunde genügend zu erweitern, um eine eventuelle Schädelfractur oder Impression zu constatiren. Die eingedrückte Parthie ist emporzuheben, oder besser die eingedrückten Bruchstücke zu entfernen, denn öfters ist die Vitrea mehr zerbrochen und eingedrückt, als die äussere Compacta; an der Stelle der größten Wirkung pflegt gewöhnlich die Dura eingerissen und das Gehirn verletzt oder zerstört zu sein; ist die Dura verletzt, so ist die Wunde zu erweitern und das Gehirn zu besichtigen, ob kein Blutextravasat vorhanden, das entfernt und die blutende Ader oder Sinus nach Bedarf versorgt werden muss; wenn das Gehirn zerstört ist, ist

auch die breiartige Masse zu entfernen. Einem Gehirnbruch ist durch Tamponade vorzukommen.

Einfachere Verletzungen erlauben die Vernähung der Dura und die Verdeckung des Defectes mit nekroplastischem Material. Bei tieferen Verletzungen ist diese Verdeckung später zu besorgen.

Die Prognose der in dieser Weise versorgten frischen Wunden ist auch in complicirten Fällen, soweit es sich um die Heilung der Wunde handelt, gut. Was den Ausbruch der traumatischen Epilepsie anbelangt, ist jede Schädelverletzung prognostisch ungünstig, besonders nach Verwundungen mit stumpfen Werkzeugen.

Bei frischen Verletzungen ohne offene Wunde ist nur dann chirurgisch einzugreifen, wenn offenbare Symptome gesteigerten Hirndruckes, oder später begrenzte Spasmen und Paralysen zu einem Eingriff auffordern. Zu diesem kann auch später die traumatische Epilepsie einen Anlass geben.

Veraltete inficirte Wunden sind auch bei späterem Eingreifen zweifelhaft, denn die Abcesse, die sich indessen entwickelt haben, sind gewöhnlich verborgen, und die Infection, wenn auch scheinbar begrenzt, ist doch schon generalisirt. Bei sonst absolut lethaler Prognose ist doch ein Versuch immer gestattet.

Die operative Therapie der Schädeldefecte und der traumatischen Epilepsie kann immer mit gutem Gewissen anempfohlen werden. Bei ersterer kann der Erfolg verbürgt werden, bei letzterer hängt er von der Tiefe der Verletzung ab. (Therapie d. Gegenwart.)

Die Wandlungen der Einreibungskur; von Dr. Ludwig Schuster, Aachen. — Die Behandlung der Syphilis mit Einreibung von Quecksilbersalbe datirt aus dem Jahre 1595 und hat bis heute ihre Bewunderer und Gegner gefunden. Es wurden zu Zeiten riesige Mengen der Salbe an einem Tage verbraucht, zu anderen Zeiten geringere, je nachdem man rascheren und reichlicheren (monatelang dauernden) Speichelfluß als zur Heilung erforderlich erachtete, oder aber, wie die Montpellier'sche Schule bereits im 18. Jahrhundert lehrte, denselben nicht als nothwendige Bedingung zur Heilung ansah. Die Einreibungen geschahen bis in unser Jahrhundert in unmethodischer Weise ohne Rücksicht auf jede Verarbeitung und Beschaffenheit der grauen Salbe. Es behielt die Ansicht die Oberhand, daß zur Erreichung eines Heilerfolges der Speichelfluss nothwendig sei, da man den humoralen Anschauungen gemäß glaubte, mit dem Speichel fließe das Krankhafte heraus. Die Einreibungskur blieb eine Salivationskur und manche

tonangebenden Aerzte fügten ihr noch eine Abführungskur hinzu. Die abschreckenden Qualen dieser Salivationskuren veranlassten eine Reaktion gegen die Einreibungskuren, die selbst in ihrer späteren, milderen Anwendungsweise als Quelle von Vergiftungen galten und schließlich überhaupt verworfen wurden. Es kamen dann die Zeiten der blossen diätetisch-hygienischen Behandlung, die ebensowenig vor schweren syphilitischen Nacherkrankungen schützte und wiederum der Quecksilberbehandlung weichen mußte. v. Siegmund verlangte zuerst Vermeidung der Salivation und erreichte dieses durch peinliches Reinhalten des Mundes. Schon 1865 veröffentlichte Kirchgaesser Beobachtungen, nach welchen bei Einreibungskuren die Einathmung des verdunstenden Quecksilbers eine maßgebende Rolle spielte. Diese Ansicht fand 1871 Unterstützung durch Merget, welcher angab, daß Quecksilber bei jeder Temperatur, selbst bei 15° R. unter Null, verdunste, gleichgültig, ob es mit Fett oder Pulver vermischt sei, und später hinzufügte, daß die unversehrte Haut nichts aufzunehmen vermöge. Seine Flanelles mercurielles, welche vor die Nase zur Einathmung gelegt wurden, fanden jedoch keinen Eingang. 1893 empfahl Welander das Ueberstreichen statt des Einreibens. Nach dem Bestreichen der Haut vermochte er im Harne Quecksilber nachzuweisen und erfreute sich befriedigender Ergebnisse. 1896 schlug Herxheimer seine Klatschmethode vor, bei der die zuvor eingestrichene Salbe in 5 Minuten in die Haut eingepreßt wurde. 1897 erschien die Arbeit Manasseïns über die Unfähigkeit der Haut, gelöste oder gasförmige Körper aufzunehmen. In demselben Jahre machte Welander seine neue Schmiermethode bekannt: Die inneren Flächen eines 60 cm langen und 50 cm breiten Baumwollsackes werden täglich mit 6 gr grauer Salbe bestrichen; der Sack wird, der Brust und dem Leibe anliegend, Tag und Nacht getragen. Vom dritten Tage an vermochte er Quecksilber in kleinen und größeren Kügelchen im Harn nachzuweisen. Alsbald erklärte Neisser die Einreibungskur als eine „Einathmungskur", und richtete seine Therapie dementsprechend ein. Sch. sieht die Einreibungskur nicht nur als Einathmungen an, da Lewin 1881 nachgewiesen hat, daß Haut Bleigase resorbirt, und 1898 Brockmann, daß sie Jod in löslicher und in Gasform aufnimmt, also auch das leicht verdunstende Quecksilber aufnehmen muß. Es ist ferner nachgewiesen, daß bei längerem Einreiben das Quecksilber in die Gänge der Schweiß- und Talgdrüsen eindringt und hier in unmittelbarer Nähe eines reichen Kapillargefäßnetzes ist, das ja Gase nach außen abgiebt. Hier muß eine Diffusion dieser Gase und des ebenso nach außen wie nach innen verdunstenden Quecksilbers vor sich

gehen. Daneben besteht Aufnahme durch die Nasenathmung. Sch. wendet deshalb die so vielfach in Aachen bewährte, nach Siegmund'schen Vorschriften sich richtende Einreibungskur an. Seine „Seifensalbe“ hat folgende Zusammensetzung:

Hydrargyri depurati 33⅓%
Saponis oleacei albissimi pulv. 12⅔%
(nach der niederländischen Pharmakopoe)
Sebi filtrati 18%
Adipis filtrati 36%

Dieselbe ist eine der grauen Salbe ähnliche, wasserfreie, nicht ranzig werdende Natronseifensalbe, welche er ausschließlich mit den bekannten Erfolgen anwendet.

(Reichsmedizinalanzeiger.)

Gegen das Anlaufen der Spiegel bei Untersuchungen im Nasen-Rachenraume. Von Ernst Urbantschitsch. (Wiener klin. Wochenschrift, 1901, No. 6.)

U. berichtet über seine Versuche mit der in jüngster Zeit im Laboratorium des Dr. Fritz Fuchs hergestellten Seifencomposition „Lasin“, welche das Anlaufen der Augengläser bei Temperaturwechsel verhindert. Die angestellten Versuche bei der Laryngo-, Pharyngo- und Rhinoskopie fielen durchaus günstig aus.

Die Wirkung des Lasins beruht nach den Untersuchungen des Dr. Fritz Fuchs auf einer Absorption der Wasserdämpfe, wobei dieses Mittel die 500fache Menge Wasser aufnehmen kann, die es aber an die umgebende Luft wieder abgiebt, sobald es die Temperatur des betreffenden Raumes angenommen hat; und zwar verliert es in zwei Minuten die Hälfte, in fünf Minuten alles gebundene Wasser. Beim Einführen eines mit Lasin bestrichenen Spiegels in die Mundhöhle nimmt nun der Glasspiegel die Temperatur desselben stets viel früher an, als die Lasinschicht das Maximum an Wasserdampf absorbirt hat. Die Lasinschicht giebt daher das im ersten Momente aufgenommene Wasser schon in der Mundhöhle wieder ab, und der Spiegel bleibt blank.

Mit dem Lasinstifte, der gleich einem Bleistifte gespitzt wird, macht man mehrere Striche auf den zur Verwendung kommenden Spiegel, worauf man die Masse mit einem Stoffe (Gaze, Leinwandläppchen etc.) leicht verreibt, bis der Spiegel wieder ganz blank erscheint.

Auf demselben Gedanken wie dieses Verfahren beruht das schon vor Zeiten angerathene Bestreichen des Spiegels mit Schmierseife; doch hat dies den Nachtheil, daß viele Patienten der Geschmack und Geruch der Seife anwidert, und daß die Seife doch bei Weitem keine so bequeme Handhabung und Form wie der Lasinstift hat, den man leicht stets bei sich führen kann. (Erhältlich bei Instrumentenmachern und Optikern für 60 Kreuzer.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Querlage und Wendung bei Erstgebärenden. Von Dr. Vogel (Würzburg). (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Heft 2. Bd. 48.) Unter ausführlicher Mittheilung der Geburtsgeschichten von 5 Fällen von Querlage bei Erstgebärenden bespricht V. eingehend diese gerade bei Erstgebärenden so verhängnissvolle Complication unter besonderer Berücksichtigung der Therapie. Aetiologisch kommen auf Grund der Erfahrungen der Würzburger Frauenklinik bei Erstgebärenden ausser Tumoren, Placenta praevia, Hydramnios besonders Uterus arcuatus und Mangel an Fruchtwasser für diese regelwidrige Lage in Betracht, zumal bei Complication mit engem Becken. Denn beim Uterus arcuatus ist der Querdurchmesser des Uterus grösser als normaler Weise. Dazu wird oft durch die median in das Uterus-cavum hineinragende Leiste der Raum für die Aufnahme eines grösseren Kindestheils, sei es Kopf oder Steiss, so sehr reducirt, dass Kopf und Steiss in die geräumigeren Tubenecken ausweichen und so eine vollkommene Querlage resultirt. So leicht eine Correction dieser Lage bei Mehrgebärenden, falls es sich nicht um verschleppte Fälle handelt, meist ist, so schwierig kann diese, wie der Verlauf in den von V. geschilderten Fällen zeigt, bei Erstgebärenden sein. Besonders gilt dies für die innere Wendung, bei der schon das Eingehen in den engen Introitus und die noch nicht gedehnte Scheide oft nur unter mehr oder weniger grossen Verletzungen des Dammes und der Scheide möglich ist. Diese Schwierigkeiten verdoppeln sich dann beim Eindringen in den Uterus, der meist dem Kinde fest anliegt und hierdurch das Ergreifen der Füsse und die Umdrehung des Kindes sehr erschwert. Sollte nun auch dies ohne grössere Verletzungen der Mutter gelungen sein, so hat meist das Kind durch diese langandauernden Manipulationen so gelitten, daß, wenn es überhaupt gerettet werden soll, die schleunige Extraction geboten ist. Diese aber ist nur unter grossen Gefahren für die Mutter möglich. Denn infolge der Rigidität des noch nicht erweiterten Muttermundes und der Scheide ist sie meist nur unter großen Verletzungen der mütterlichen Weichtheile (Cervix-Scheiden-Dammriss) möglich, deren enorme Blutungen wohl in einer Klinik bei genügender Assistenz und Vorbereitung zur sofortigen Naht, kaum aber in der Praxis beherrscht werden können. Daher sollen, weit mehr als es allgemein geübt wird, bei Erstgebärenden im Beginn der Geburt durch die äussere Wendung und die combinirte Wendung auf den Kopf eine Correctur der Querlage versucht werden, nach deren Gelingen dann durch Sprengung der Blase in der

Wehenpause ein Nabelschnurvorfall möglichst verhütet werden soll. Sollte die combinirte Wendung auf den Kopf nicht gelingen, so empfiehlt V. vor der inneren Wendung immer noch einen Versuch mit der combinirten Wendung auf die Füsse zu machen. Sollte auch diese nicht auszuführen sein, so bleibt als ultimum refugium die innere Wendung nur übrig, deren Prognose sowohl für Mutter und Kind V. dadurch zu bessern empfiehlt, daß durch intrauterine Colpeuryse, sowie durch Durchziehen eines erst wenig, dann stark gefüllten Colpeurynters durch Scheide und Introitus eine Dilatation dieser Theile versucht wird. Sollte bei Lebensgefahr des Kindes die Extraction auch bei nicht völlig erweitertem Muttermund indicirt sein, so soll diese doch nur dann vorgenommen werden, wenn genügende Hülfe vorhanden ist, um einmal das meist schwer asphyctische Kind zu beleben und andererseits die unabwendbare schwere Blutung sofort zu stillen.

Im ersten der von V. geschilderten Fälle kam es zum Absterben des Kindes, da infolge der Rigidität der Weichtheile die Extraction unmöglich war, im zweiten Falle gelang die Extraction erst nach Perforation und Entfernung des nachfolgenden Kopfes, die Mutter starb 2 Stunden p. p. an Lungenembolie; im dritten Fall starb das Kind während der Extraction, da die rigiden Weichtheile die Lösung der Arme unmöglich machten, starke Blutung aus einem Scheidenriss; im vierten Fall (allgemein verengtes, platt-rhachitisches Becken) war aus der Querlage spontan eine Schädellage entstanden. Beendigung der Geburt unter beiderseitigen tiefen Cervixrissen und tiefen Dammincisionen durch Forceps: im fünften Fall kam es nach der sehr schwierigen, durch die Lebensgefahr des Kindes indicirten Extraction zu einer gewaltigen Blutung aus einem rechts bis ins Scheidengewölbe, links weniger tiefgehenden Cervixrisse, die auch nach der sofortigen Naht nur durch die noch unter gleichzeitiger Application eines Druckverbandes und einer T-Binde ausgeführte feste Tamponade der Cervix und Scheide gestillt werden konnte.

Herausgeber dieser Zeitschrift hatte vor einigen Wochen Gelegenheit, mit seinem Collegen H. zu W. eine Querlage einer Erstgebärenden in der Landpraxis zu beobachten und glücklich für die Mutter zu beenden. Das Becken der 22jährigen I pr. war etwas im geraden Durchmesser verengt. Der linke Arm lag bereits tief in der Scheide mit der Nabelschnur; der Muttermund war noch straff gespannt und cir. fünfmarkstückgross. Es gelang nach einigen Stunden die Wendung auf den Fuß und glückliche Extraction. Ein kleiner Dammriss war der einzige Schaden für die Mutter, das Kind natürlich todt.

Ueber manuelle Perforation und Extraction des kindlichen Schädels bei nachfolgendem Kopf und bei Abreissung des Rumpfes vom Schädel. Dr. Heinrich Cramer (Bonn). (Münch. med. Wochenschrift, 1901, No. 17.) Bei der Extraction des im Uterus zurückgebliebenen Kopfes handelt es sich im Allgemeinen um Fälle, wo nicht in typischer Weise vorgegangen werden kann, sondern wo der Eingriff je nach der Beschaffenheit des Einzelfalles einzurichten ist. C. beschreibt nun als Beitrag zu der Frage zwei Fälle, in denen ihm auf besondere Art die Extraction gelang. In dem ersten Fall handelte es sich um eine 42jährige Frau, bei welcher wegen fortwährender Blutungen vom sechsten Schwangerschaftsmonat an von dem behandelnden Arzt die künstliche Frühgeburt mittels Bougie eingeleitet worden war. Da Schüttelfrost eintrat, wurde C. hinzugezogen. Es fand sich Temp. 40,1°, Uterus grav. VII.—VIII. Monat, Herztöne in Nabelhöhe, Muttermund für zwei Finger durchgängig; der Kopf lag vor. Es gelang, diesen mit zwei Fingern bei Seite zu schieben und den linken Fuß zu fassen und herunterzuziehen. Eine weitere Extraction war infolge der Unnachgiebigkeit des Muttermundes zunächst unmöglich. Da die Geburt in der nächsten halben Stunde keine Fortschritte machte, wurde der Fuß angeschlungen und ein mäßiger Zug angebracht. Allmählich erschien der Steiß in der Vulva. Nun wurde die Extration versucht; die Nabelschnur war pulslos. Herztöne waren nicht mehr zu hören. Der Muttermund war so fest um die Schultern zusammengezogen, daß die Lösung der beiden hochgeschlagenen Arme sich sehr schwierig gestaltete. Das größte Hinderniß bereitete indeß der Kopf. Da infolge des starken Ziehens die vordere Muttermundslippe in der Vulva sichtbar wurde, wurde von weiteren Extractionsversuchen Abstand genommen, um erst die Perforation des Kopfes zu machen. Diese wurde in folgender Weise gemacht. Mit dem Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand tastete C. an der Vorderseite des Gesichts sich nach oben bis an die Augen, luxirte mit dem Zeigefinger den einen Augapfel und bohrte ihn durch die Orbitalhöhle in den Schädel ein; dasselbe gelang am andern Auge mit dem Mittelfinger. Aus diesen Perforationsöffnungen drang nun Gehirnmasse, der Schädel wurde nachgiebiger und die Extraction gelang leicht vermittelst Einhaken beider Finger durch die Orbitalhöhlen an der Schädelbasis. Die Frau wurde nicht narcotisirt. Das frische todte Kind entsprach dem Beginn des achten Monats. Entfernung der Placenta nach Credé. Uterusausspülung mit 10 Litern ½proc. Lysollösung. Am Abend waren Puls und Temperatur normal. Das Puerperium verlief ohne Störung. — Der zweite Fall betraf eine 24jährige Frau; hier war im achten Monat der Gravidität Frühgeburt

in Steißlage eingetreten; nach längeren Extractionsversuchen war schließlich der Rumpf des Kindes abgerissen. Nach vergeblichen Bemühungen, den Kopf zu entfernen, brachte der behandelnde Arzt die Pat. nach Bonn. Während der Eisenbahnfahrt und der Wagenfahrt verlor die Pat. viel Blut, da auch die Placenta nicht hatte entfernt werden können. Es bestand Temp. 38,6°, Pulsfreq. 126. Mutter mund für drei Finger durchgängig, Eihautfetzen und Nabel schnur in der Scheide herabhängend; es gelang nur mit Mühe, den im Cavum uteri äußerst beweglichen Kopf durch die straffen Bauchdecken der widerstrebenden Frau den Fingerspitzen entgegenzudrücken. Daher wurde Chloro formnarcose eingeleitet; in tiefer Narcose war der Kopf besser zugänglich, indessen drehte er sich in der Eihöhle derart leicht und glatt, daß es unmöglich war, ihn mit den Fingern zu ergreifen. Ein Einführen der Hand war wegen der Unzugänglichkeit des Muttermundes ausgeschlossen. Versuche, den Kopf mittelst Instrumenten zu fassen, schlugen fehl. Mehrmals versuchte C., den Finger in den Mund einzuhaken, glitt jedoch jedes Mal ab, sobald er eine Traction versuchte. Da erinnerte er sich des vorigen Falles; er suchte die Augen des Kopfes den Fingern entgegenzudrücken, und es gelang zunächst, den Zeigefinger durch die eine Orbitalhöhle in den Schädel einzubohren. Der Finger hakte sich dann hinter der Sella turcica an der Schädelbasis fest. Der Kopf konnte nicht mehr nach oben ausweichen. Nun bohrte C. den Mittelfinger durch die andere Orbitalhöhle in die Schädelhöhle ein. Jetzt gelang es, den Kopf so weit herabzuziehen, daß mit dem Daumen ein kräftiger Druck auf den Schädel ausgeübt werden konnte. Hierbei trat Gehirnmasse aus den Orbitalhöhlen heraus. Durch weiteres Bohren mit den Fingern und Drücken und Streichen mit dem Daumen verkleinerte sich der Schädel soweit, daß er schließlich mit den beiden an der Schädelbasis eingehakten Fingern extrahirt werden konnte. Die Placenta wurde darauf sofort manuell gelöst und eine Uterusausspülung gemacht. Der Uterus contrahirte sich gut, die Blutung stand. Nach 14 Tagen wurde die Pat. gesund entlassen. — Der Hauptvortheil des beschriebenen Verfahrens besteht darin, daß ein Instrumentarium zu ihm nicht erforderlich ist, ebenso wenig Assistenz. Mit dem Einbohren der Finger hinter die Schädelbasis gewinnt man zugleich einen festen Halt für die Extraction. — Selbstverständlich eignen sich nicht alle Fälle für die manuelle Perforation der Orbita, vielfach wird eine typische Perforation und Cranioclastextraction schneller und bequemer zum Ziele führen. Wenn aber dieses Verfahren im Stiche läßt, so sollte man die beschriebene manuelle Perforation und Extraction versuchen.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schmitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 6. IXL. Jahrgang 25. Juni 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber Jodosolvin; Originalartikel von Dr. Remmetz in Honnef a. Rh. Tragbare aseptische Alkoholbehälter für medicinische Spritzen; Autoreferat von Dr. Salm in Völklingen. — Ueber Tachycardie bei Tuberkulose. Ueber einige Symptome der Nephrolithiasis. — Ueber schiefgeheilte Knochenbrüche in gerichtlich-medicinischer Beziehung. Ueber einige neuere Heilmittel bei Augenkrankheiten. — Zur Kenntniss der Neuritis puerperalis. Zur Verhütung und Heilung des Hängebauches und seiner Folgezustände. — Zur Behandlung des Herpes zoster. Alkoholumschläge bei Appendicitis.

Jodosolvin.

Originalartikel von Sanitätsrath Dr. Remmetz zu Honnef a. Rh.

Jodosolvin, ein neues Jodpräparat, verdient alle Beachtung. Ich habe dasselbe schon lange mit sehr gutem Erfolge angewandt. In dem Jodosolvin ist das Jod zu 15% in öliger Lösung enthalten. Bei der äußeren Anwendung des Jodosolvin wird das Jod schnell von der Haut resorbirt, was deutlich dadurch ersichtlich wird, daß beim Verreiben des Präparates auf der Haut schon nach kurzer Zeit die braune Jodfarbe verschwindet.

Ich habe das Jodosolvin überall da angewandt, wo ich mich sonst der Jodtinctur bediente, so besonders bei den Residuen von Rippenfellentzündung. Hier habe ich in der That sehr gute Erfolge erzielt. Ich gebe die Vorschrift, in die betreffende Seite ein genügendes Quantum Jodosolvin mit einem Wattebäuschchen oder einem Pinsel aufzustreichen und dann mit der flachen Hand 5 Minuten lang zu verreiben. Nach dieser kurzen Zeit ist die braune Farbe fast vollständig verschwunden. Diese Procedur lasse ich täglich 2 bis 3mal vornehmen.

Meines Erachtens hat das Jodosolvin vor der Jodtinctur folgende Vorzüge:

1) Man kann das Jodosolvin eine recht lange Zeit selbst bei sehr empfindlichen Personen anwenden, ohne die Haut irgendwie, oder nur sehr minimal zu reizen.

2) Bei der Anwendung des Jodosolvin kommt das Jod fast vollständig zur Resorption, das bei der Jodtinctur bei weitem nicht der Fall ist.
3) Die ölige Beſchaffenheit und der angenehme Geruch des Jodosolvin machen die Application desselben zu einer angenehmen und leichten.
4) Was in vielen Fällen auch nicht gering zu veranſchlagen ist es bleibt nach der Anwendung des Jodosolvin keine störende Färbung der Haut zurück, die nicht in gewöhnlicher Weise mit Wasser und Seife ſchnell und leicht entfernt werden könnte.

Hergestellt wird das Jodosolvin in dem chemiſchen Laboratorium der Einhorn-Apotheke zu Altona bei Hamburg, ist aber auch durch alle Apotheken zu beziehen. Uebrigens stellt die Einhorn-Apotheke zu Altona den Aerzten gerne Versuchsquanta zur Verfügung.

Ueber die neue Jodverbindung **Jodosolvin** berichtet Dr. Wunder (Altona) in der Dermatolog. Zeitſchrift, Bd. VII, H. 6. Das Präparat stellt eine 15proc. chemiſche Lösung des krystalliniſchen Jod in öliger Form dar. Es wird äußerlich und innerlich angewandt, prompt von der Haut und vom Darm aus resorbirt und zeigt nur ausnahmsweise locale Reizerſcheinungen, die z. B. bei der Jodtinctur das Gewöhnliche sind. Bei äußerlicher Application ist es durch kräftige Massage nicht zu kurze Zeit in die Haut einzureiben. Es bewirkt dabei nur eine geringe bräunliche Verfärbung, die sich nachher durch einfaches Abwaſchen mit Seife (ev. unter Zuhilfenahme von Salmiakgeist) leicht entfernen läßt. Dosis: Dreimal täglich 15—20 Tropfen äußerlich zum Einreiben, innerlich eben so oft 10—20 Tropfen in Milch. W. hat das Jodosolvin mit Erfolg angewendet bei Drüsenſchwellungen verſchiedener Art, bei leichteren Fällen von Kropf und bei chroniſchem Unterſchenkelgeſchwür. So heilte ein veraltetes fünfmarkstückgroßes Ulcus cruris mit callösen Rändern in kürzester Zeit durch einfaches Bestreichen mit Jodosolvin. (Hergestellt wird das neue Jodpräparat im chemiſchen Laboratorium von Brandt in Altona). D. R.

Tragbare aseptische Alkoholbehälter für medizinische Spritzen.*) Von Dr. Salm (Völklingen). Verfasser beſchreibt einen neuen Behälter für mediziniſche Spritzen, das eben so bequem wie jedes andere Etui in der

*) Anmerkung. Der Behälter wird von der Firma Adolf Schweickhardt, Fabrik für chirurgiſche Instrumente in Tuttlingen für Pravaz'ſche Spritzen, für grössere Injections- (Diphtherie-Serium, Schleich'ſche Lösung) und Punctionsspritzen, sowie nach besonderer Bestellung für die Trokare und Canülen zum Potain'ſchen Aspirationsapparate und jede andere größere Spritze geliefert.

Taſche nachzutragen iſt, aber im Gegenſatze zu dieſem eine Gebrauchsfertigkeit ohne weitere Vorbereitung verbürgt. In einem luftdicht verſchließbaren Glascylinder nimmt ein Geſtell Spritzenſchäfte und Canülen auf und ſchützt ſie vor jeder Beſchädigung; nach Oeffnung des Behälters hebt eine Feder unter dem Geſtelle dieſes ſoweit empor, daß die Spritzentheile bequem entnommen werden können. Gefüllt wird er mit absolutem Alkohol mit 5% Seifenſpirituszuſatze, der die Desinfectionskraft erhöhen und ein leichtes Gleiten des Kolbens bewirken ſoll; für letzteren iſt als Material Corinleder gewählt, das eine faſt unbegrenzte Geſchmeidigkeit beſitzt. Der große Vorzug beſteht darin, daſs die Spritze in allen Theilen dauernd aſeptiſch, dauernd roſtfrei und im Kolben dauernd dicht bleibt, ſomit jeden Augenblick gebrauchsfertig iſt. Bei eiweißhaltigen Injectionsmedicamenten muß zur Verhütung einer Fällung der Alkohol vorher durch eine dünne Carbollöſung entfernt werden. Die Verſuche mit dieſem Behälter reichen ſchon etwa $1^1/_2$ Jahre zurück, ſo daß er als durchaus erprobt gelten kann.

(Münchener mediciniſche Wochenſchrift 1900. No. 21.)

II. Medicin.

Ueber Tachykardie bei Tuberculoſe und ihre Bedeutung in diagnoſtiſcher, prognoſtiſcher und therapeutiſcher Beziehung. Von Dr. M. Faſſan. Die Mehrzahl der Aerzte verordnet einem tuberculöſen Kranken zunächſt, je nach den Symptomen, welche derſelbe darbietet, eine beſtimmte Anzahl von Medicamenten, und unter dieſen, welches immer übrigens die Symptome ſein mögen, das Kreoſot unter irgend einer Form. Bei Tachykardie insbeſondere iſt das Kreoſot deshalb ſchädlich, weil es die Neigung zu congeſtiven Zuſtänden, welche bei dieſen Kranken ohnedies eine manifeſte iſt, noch ſteigert. In ſolchen Fällen vermeidet F. Kreoſot zu verſchreiben, oder wenn zufälligerweiſe ſehr reichlicher Auswurf beſteht, giebt er es in kleinen Doſen, weil es das wirkſamſte Balſamicum iſt. Auch andere Subſtanzen ſind für Tuberculöſe mit Tachykardie ſchädlich, ſämmtliche Excitantien, Stimulantien, die Coca-Kolapräparate, Thee, Kaffee, Alkohol. Bezüglich der letztgenannten Subſtanz herrſcht ein ganz analoges Vorurtheil, wie bezüglich des Kreoſots. Der Alkohol, ſagte man, begünſtigte den Skleroſirungsproceſs des Tuberkels, und in dieſer Idee hat man den Kranken Wein und ſelbſt kleine Mengen Schnaps empfohlen. Mit Medicamenten kann man die Tachykardie der Tuberculöſen nicht bekämpfen. Die Digitalis hat niemals das mindeſte Reſultat geliefert.

Sparteïn, Strophantus, Ergotin, Tannin sind gleichfalls wirkungslos. Die diversen Opiumpräparate scheinen die Tachykardie zu vermehren und sind zu vermeiden. Nur das Bromkalium verminderte bei einer Anzahl von Kranken die Pulsfrequenz um einige Schläge. Doch ist der Effect auf den Puls, wenn er überhaupt eintritt, sehr vorübergehend; F. beschränkt seine Anwendung auf ganz besondere Fälle: bei manchen Tuberculösen mit Tachykardie, welche reichliche und gegen die gewöhnlichen Mittel sehr hartnäckige Hämoptysen hatten, sah er vom Kal. brom. in Dosen von 2—3 g überraschende sedative und hämostatische Effecte.

Jeder Tuberculöse mit Tachykardie soll der Luft ausgesetzt werden, jedoch in vorsichtiger und allmäliger Weise. Der permanente Aufenthalt in freier Luft während zwölf bis vierzehn Stunden ist für denselben schädlich, namentlich wenn er ganz plötzlich stattfindet, weil derselbe zu stärkerer Tachykardie und Congestion Anlass giebt. Es ist besser, den Kranken zwei Luftcuren im Tage durchführen zu lassen, die eine des Morgens, die andere Nachmittags, getrennt durch einen mehrstündigen Aufenthalt im Zimmer bei geöffneten Fenstern. Man muss dabei ganz allmälig die Angewöhnung beobachten und stets auf das Verhalten des Pulses achten. Die Kranken müssen mit besonderer Sorgfalt den Wind und insbesondere die directen Sonnenstrahlen vermeiden, weil letztere innerhalb weniger Minuten stärker congestionirend wirken, als die Luft innerhalb mehrerer Stunden. Das Umhergehen soll in der Regel untersagt werden.

Tuberculöse, deren Puls gewöhnlich normal ist und nach Umhergehen normal bleibt, dürfen Spaziergänge unternehmen und haben auch Vortheil davon. Kranke mit einer mässigen Tachykardie (80—90 Pulse) und bei denen das Gehen die gewöhnliche Pulszahl nicht steigert, dürfen gleichfalls herumgehen, sie sollen jedoch langsam gehen, auf ebenem Terrain und ihre Promenade zeitweise durch kürzeres oder längeres Ausruhen unterbrechen. Tuberculöse mit sehr ausgeprägter Tachykardie (100 Pulse und darüber) sollen am besten ruhig liegen bleiben. Wenn diese Tachykardie nun eine unbeständige ist, wenn sie sich unter dem Einflusse von Bewegung steigert, dann ist es absolut unerlässlich, daß die Kranken ihr Lager nicht verlassen. Die Ruhelage macht die Tachykardie nicht verschwinden, sie modificirt sie auch nicht in sehr erheblichem Grade; selbst mehrere Wochen langes Stillliegen vermindert die Pulsfrequenz höchstens um einige Schläge. Hauptsächlich ändert sich unter dem Einflusse der Ruhe die Unbeständigkeit des Pulses; was man vermeiden kann, das sind die Paroxysmen von Tachykardie, welche auf die Dauer

eine Ermüdung des Herzens und veritable Asystolien bedingen würden und die, ehe sie zu diesem Resultate führen, den Kranken allen congestiven oder entzündlichen Complicationen von Seite der Lungen aussetzen. Die Vorsichtsmaßregeln sind namentlich unter gewissen besonderen Umständen mit Vortheil zu beachten, insbesondere bei Frauen beim Herannahen der Menstruationszeit. Nicht bloß die physischen Anstrengungen steigern bei Tuberkulösen die Pulsfrequenz. Geistige Arbeit, jede Beschäftigung, die eine zu starke oder zu lange dauernde Anspannung der Sinne erfordert, die Conversation mit lauter Stimme und die Discussion bietet die gleiche Unzukömmlichkeit und soll gleichfalls vermieden werden.

Die Tachykardie bedingt gewisse Regeln der Nahrungshygiene, die man kennen soll. Die Mahlzeiten steigern nahezu immer die Pulsfrequenz bei Tuberkulösen mit Tachykardie, und sie steigern dieselbe um so mehr, je reichhaltiger sie sind. Diese Steigerung der habituellen Tachykardie dauert zuweilen so lange als die Verdauung, und da es nicht selten ist, daß solche Kranke gleichzeitig an erschwerter und verlangsamter Verdauung leiden, so ergiebt sich daraus, daß ihr Puls nahezu den ganzen Tag hindurch beschleunigt bleibt. Wenn zu diesem Einflusse noch der aus ungeeigneten physischen Anstrengungen resultirende hinzukommt, dann befindet sich der Kranke nahezu beständig unter Bedingungen, welche für die Entstehung congestiver Zufälle sehr günstige sind. Es ist darum höchst wichtig, bei solchen Tuberkulösen, nicht bloß mit Rücksicht auf den Zustand ihres Magens, sondern namentlich mit Rücksicht auf das Verhalten des Pulses, ihre Ernährungsweise sorgfältig zu überwachen, die Menge der genossenen Nahrung zu restringiren und die Art ihrer Verabreichung zu ändern. Es ist nicht möglich, in dieser Richtung eine unumstößliche Regel aufzustellen, da jeder einzelne Fall besondere Vorsichtsmaßregeln erfordert.

Man wird durch eine Reihe von Versuchen dahin gelangen, das für den Einzeln passende Regime festzustellen. Man muß daran festhalten, daß das Verhalten des Pulses für die Wahl der Kostordnung nicht gleichgiltig ist und daß die Ueberernährung schlecht vertragen werden kann, wenn sie die Tachykardie steigert.

(Wien. Med. Blätter No. 10—12, 1901.)

In der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien sprach M. Sternberg über einige **Symptome der Nephrolithiasis.** Es giebt eine Anzahl von Fällen, in welchen die Diagnose der Nephrolithiasis auf nicht unerhebliche Schwierigkeiten stösst, weil die Erscheinungen von seiten des Harnes, welche man in erster Linie zu berücksichtigen pflegt, nur

in geringem Grade vorhanden sind oder gänzlich fehlen, während andere accidentelle Symptome so in den Vordergrund treten, daß das ganze Krankheitsbild wesentlich verändert wird. Das gilt ganz besonders von den gastrointestinalen Symptomen, wie Uebelkeit, Erbrechen, Stuhlverstopfung, Meteorismus etc., die bei manchen Kranken so hervorstechen, daß man einer eigenartigen Form des Leidens gegenübersteht, die man als gastrointestinale Form der Nierensteinkolik bezeichnen kann. Solche atypischen Fälle sind nicht ganz selten, sie werden in der Regel längere Zeit hindurch verkannt. Die neuere Litteratur enthält dementsprechend darüber nur spärliche Angaben und St. selbst ist auf diesen Punkt durch einen Fall aufmerksam gemacht worden, den er seit einer Reihe von Jahren behandelt hat. Ein gesunder Mann, der sich reichlich, vielleicht überreichlich nährte, verspürte seit seinem 28. Lebensjahre vermehrten Harndrang. Allmählich gewöhnte er sich an dieses Verhalten seiner Blase, so daß er es nicht mehr beachtet. Im 31. Lebensjahre, dann im 35., im 36. und im 39. Jahre hat er Anfälle von krampfartigen Schmerzen in der rechten Bauchhälfte, welche fast stets mit Stuhlverhaltung und Meteorismus, meist auch mit Uebelkeit und Brechreiz, ferner mit Harnzwang verbunden sind, mit mässiger Temperatursteigerung einhergehen und nach einigen Tagen ablaufen. In der Zwischenzeit fühlte er sich wohl. Die Anfälle haben den Charakter der Appendikularkolik, welche Diagnose von verschiedenen Aerzten gestellt wird. Dem letzten Anfalle geht ein vermehrter Harndrang voran und dieser bleibt nach dem Anfall bestehen. Acht Tage nach dem letzten Anfall gehen Harnsäurekonkremente im Harn ab, und damit ist die Krankheit geschwunden. Nie war Blut, nie Eiweiss, nie Eiter im Harn, nie ein pathologisches Sediment; auch war nie vorher Harnsand abgegangen. Bei diesem Fall kann man wohl von einer „larvirten" Nierenkolik sprechen. Zwingend traten die Erscheinungen von Seiten des Verdauungstractus hervor: Uebelkeit, Ekelgefühl, Brechreiz, Erbrechen, Verhalten von Stuhl und Wind. Der Schmerz sass aber in der rechten Bauchhälfte, die Druckempfindlichkeit jedesmal in der Fossa iliaca, so daß angenommen werden muß, daß die Schmerzen sich auf den Ureter bezogen haben. Dieser tritt aber in der nächsten Nähe des Coecums ins kleine Becken und so war es sehr begreiflich, daß man den Schmerz auf den Wurmfortsatz bezogen und in dem geblähten Dünndarm einen Beweis für die Diagnose zu erblicken glaubte. Die Temperaturerhöhung vervollständigte das Bild der Appendikularkolik. Von seiten der Harnorgane fehlte nahezu alles, was als Symptom der Nephrolithiasis gedeutet werden konnte. Nur der

dauernde Tenesmus, der dem letzten Anfall vorherging und ihm folgte, war sicher ungewöhnlich; aber man war geneigt, in ihm bloss ein ungewöhnliches Symptom einer gewöhnlichen Affektion des Wurmfortsatzes zu erblicken. Nur der erste Abgang der Konkremente hat die Sache vollständig aufgeklärt. Ein sehr ähnliches Bild boten zwei andere Fälle. In diesen trat ausserdem ein eigenartiges, bisher anscheinend nicht diagnostisch verwerthetes Symptom, durch welches die Nierensteinkolik schon beim ersten Anfall erwiesen werden konnte, auf: der Schmerz liess nach, wenn der Kranke das untere Rumpfende möglichst steil erhob. Im allgemeinen sind die hier in Rede stehenden atypischen Fälle von Nephrolithiasis durch dreierlei ausgezeichnet: Vorherrschen der Magendarmerscheinungen, Auftreten des Schmerzes an atypischen Stellen, Fehlen ausgesprochener Harnsymptome.

Die Magenerscheinungen der Nierensteine sind seit jeher bekannt und werden in der Litteratur fast ausnahmlos in der gleichen Weise beschrieben. Auch ausserhalb der eigentlichen Anfälle sind Magenerscheinungen, wie zeitweise Appetitlosigkeit, Uebelkeit, belegte Zunge, gelegentliches Erbrechen etc. bei Nierensteinen bekanntlich ausserordentlich häufig. Bezüglich der Darmsymptome thut S. an der Hand klinischer und historischer Ausführungen dar, daß dieselben gleichfalls sehr häufig bei der gewöhnlichen Nierensteinkolik vorkommen. Man muss hier zunächst zwischen den chronischen und acuten Erscheinungen unterscheiden. Die chronischen Störungen der Magen- und Darmthätigkeit werden in vielen Fällen durch Erkrankungen des Nierenparenchyms mit ihren Folgen für den Stoffwechsel hervorgerufen, in anderen durch mechanische Störungen der Harnentleerung und durch Autointoxikation oder durch Infektion der Harnwege verursacht; auch können sie auf sekundären anatomischen Veränderungen der Verdauung beruhen. Auch von den Verdauungsstörungen, die bei akuten Fällen eintreten, sind manche, wie die Appetitlosigkeit, der Widerwille gegen Speisen, das Ekelgefühl, vollständig identisch mit den bekannten Erscheinungen, die bei Behinderung des Harnabflusses durch Erkrankungen der unteren Harnwege: Strikturen, Prostatahypertrophie, Blasenerkrankungen, verursacht werden. Sie haben daher wohl denselben Ursprung wie die letztgenannten Krankheitserscheinungen, die man jetzt allgemein als Folgen einer Autointoxikation auffasst. Dagegen bilden das stürmische Erbrechen, die Verhaltung von Stuhl und Wind, der Meteorismus sammt den sensorischen Begleiterscheinungen: Magen- und Darmschmerz, eine eigenartige, offenbar zusammengehörige Symptomengruppe, die man vielleicht als „peritoneale" bezeichnen kann. Sie setzt plötzlich mit dem Anfalle ein und hört mit dem Anfall gleichzeitig wieder auf. Hinsicht-

lich der Behandlung dieser Darmerscheinungen haben sich Abführmittel als nutzlos erwiesen. Eine Erleichterung brachten dagegen Oelklystiere. Eine wirksame Bekämpfung der für den Kranken oft äusserst qualvollen Symptome war aber nur mit Opium möglich. — Die atypische Lokalisation des Schmerzes betraf die Ileocökalgegend und die Spitze der zehnten Rippe. Den Schmerz in der Ileocökalgegend fasst S. als einen Organschmerz auf, ähnlich wie der Schmerz und die Druckempfindlichkeit in der Nierengegend, die bei Nierensteinen häufig sind; dagegen ist der an der Spitze der zehnten Rippe auftretende Schmerz wohl eine besonders ausgeprägte „reflektirte Hautempfindlichkeit". Bezüglich des Fehlens der Harnsymptome betont S., daß es einzelne Fälle von Nierensteinkolik giebt, in welchen der Harn sehr lange Zeit frei von pathologischen Bestandtheilen sein kann, und dass man im allgemeinen noch viel zu sehr darauf baut, daß der Harn bei der Nephrolithiasis deutliche pathologische Veränderungen aufweisen müsse. Es unterscheiden sich also diese atypischen Formen durchaus nicht prinzipiell von dem gewöhnlichen Paroxysmus. Die wesentliche diagnostische Schwierigkeit ist wohl eigentlich subjektiver Art; sie liegt darin, daß man im allgemeinen die Häufigkeit der Nierensteine unterschätzt. Daher kommt es auch, daß nur sehr selten gleich der erste Anfall, den ein Nierensteinkranker hat, richtig gedeutet wird. Bei dieser häufigen Verkennung des Leidens scheint ausser der Röntgen-Durchleuchtung das Symptom der Besänftigung des Schmerzes beim Erheben des unteren Rumpfendes ein diagnostisches Hilfsmittel zu sein, das manchmal gute Dienste leisten kann.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber schiefgeheilte Knochenbrüche in gerichtlich-medicinischer Beziehung. Von Dr. J. Loewenthal (Lankwitz). (Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1901, No. 5 und 6.) Das Röntgenverfahren hat sich als ein überaus wichtiges Hilfsbuch sowohl für die Erkennung gewisser chirurgischer Krankheiten als auch für die therapeutische Indicationsstellung erwiesen, dies gilt namentlich für das Gebiet der Knochenverletzungen. Man kann feststellen, ob die Adaption der Knochenfragmente gelang, ob erneute Eingriffe nöthig, ob der angelegte Verband bis zur endgiltigen Heilung liegen soll und wie weit die Heilung vorgeschritten ist. Das Röntgenverfahren hat ferner zur Evidenz bewiesen, daß es tadellose Heilungen von Frakturen, d. h. Heilungen ohne jede Verschiebung der Fragmente kaum

giebt. Ist letztere Thatsache von wesentlicher forensischer Bedeutung, so ist andererseits die Zahl derjenigen Fracturen, die mit deutlich zu Tage tretenden Dislocationen der Fragmente zur knöchernen Heilung gelangen, d. h. der gemeinhin sogenannten „schiefgeheilten Knochenbrüche" auch heutzutage eine nicht geringe. Sie sind es, die vornehmlich in Folge der Störungen, die sie im Gefolge haben, das Interesse des Gerichtsarztes in Anspruch nehmen. — Betrachtet man die schiefgeheilten Brüche vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus, so muß man erwägen, daß die bestehenden Gesetze der Strafabmessung resp. den materiellen Entschädigungen die Folgen einer Verletzung zu Grunde legen; dem Gerichtsarzt fällt demnach bei den schiefgeheilten Knochenbrüchen die Aufgabe zu, zu beurtheilen, welche Schädigung der Verletzte durch die Schiefheilung eines Knochenbruchs davongetragen hat. Andererseits ist es seine Pflicht, wenn es sich um die Schuldfrage handelt, denjenigen Momenten seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, welche von der Entstehung des primären Bruches an bis zur definitiven Schiefheilung eine für letztere bestimmende Rolle spielen können. Hinsichtlich der Frage, wie Schiefheilungen von Knochenbrüchen entstehen können, erscheinen i. l. drei Möglichkeiten hierfür gegeben: 1) kann der Grund liegen in der Beschaffenheit des frischen Bruches; 2) kann ein ungeeignetes Verhalten des Pat. eine gute Heilung vereiteln und 3) kann die Behandlung die Schuld treffen.

Schon die complicirten Fracturen im Allgemeinen erschweren eine exacte Anwendung der Fracturverbände. Die erste und wichtigste Aufgabe bei der Behandlung einer complicirten Fractur besteht darin, mit allen Mitteln den aseptischen Zustand der complicirenden Wunde zu erreichen. Erst in zweiter Linie kann die Sorge für eine gute Adaption der Knochenfragmente in Frage kommen, welch letztere oft sehr schwierig und wenn überhaupt durchführbar, oft nur mit Deformheilung (z. B. Verkürzung des betr. Knochens nach partieller Necrose der Bruchenden) erzielt wird. Aehnlich verhalten sich diejenigen einfachen Fracturen, deren Heilverlauf durch üble Vorkommnisse (starke Blutungen, circumscripte Gangrän, subcutane Vereiterungen) gestört wird, die oft eine Freilegung der Bruchenden erfordern und so die einfache zu einer complicirten Fractur machen.

Eine andere Gruppe von Fracturen, die zu Schiefheilungen prädisponiren, bilden diejenigen, bei denen die anfänglichen Verschiebungen sich zum Theil gar nicht, zum Theil nur unvollständig einrenken lassen. Dazu gehören z. B. alle Brüche der spongiösen Knochen, die durch Zusammenpressen in sich selbst entstanden sind, wie dies u. a. bei den Wirbelkörpern und beim Fersenbein vorkommt.

Ferner gehören hierher diejenigen Fracturen und Infractionen, die für die manuelle Einwirkung nicht genügend zugänglich sind, wie es z. B. für manche Brüche der Gesichts- und Rumpfknochen (Wirbelkörper, Brustbein und Beckenknochen) der Fall ist. Andere störende Momente für die Reposition resp. die spätere Retention der Fragmente sind gegeben in dem Vorhandensein ungewöhnlich starker Bruchzacken, ferner in der Zersplitterung eines Knochens in zahlreiche Fragmente, so daß die Bruchstelle auch nach Wiederherstellung der normalen Richtung des Gliedes keinen genügenden Halt hat. Besonders hartnäckig sind in dieser Beziehung die Fracturen der Gelenkenden der Röhrenknochen; hier können sich kleine Fragmente derartig verschieben, daß neben der Deformität auch die Beweglichkeit des Gelenkes dauernd beeinträchtigt bleibt. Während des Heilprocesses störend wird zuweilen der Muskelzug, z. B. Wirkung des Ileopsoas auf das obere Oberschenkelbruchstück, Einfluß des Masseter und Temporalis einerseits, des M. biventer etc. andererseits bei Unterkieferbrüchen. — Bei den Fracturen paralleler Knochen kommen, wenn beide gebrochen sind, verschiedene Heilungsweisen vor, die vorzugsweise bei den Brüchen des Vorderarmes große Gefahren für die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes mit sich führen können. Die Ursache liegt denn bald in einer Verengerung des Zwischenknochenraumes durch voluminösen Callus oder durch die gegeneinander dislocirten Fragmente, bald in einer winkligen Knickung des Radius in Pronationsstellung, bald in einer Synostose beider Vorderarmknochen durch eine Callusbrücke. Schließlich werden von L. noch diejenigen Brüche erwähnt, bei denen man in vielen Fällen von vornherein keine Reposition versuchen wird, die sog. „eingekeilten Brüche". Hier bildet die Einkeilung der Bruchenden ineinander die günstige Bedingung für die knöcherne Consolidation.

Nicht selten kommt es vor, daß die Verletzten, sachverständige Hilfe verschmähend, sich von Kurpfuschern und Wunderdoctoren behandeln lassen. In anderen Fällen wird den Anordnungen des behandelnden Arztes nicht gefolgt, ein Verhalten, bei dem ein günstiger Ausgang nicht zu erwarten ist. Andere Gründe der Schiefheilung, für die der Verletzte selbst nicht verantwortlich gemacht werden kann, liegen in besonderen constitutionellen Verhältnissen und Krankheiten desselben, so z. B. im Ausbruch des Deliriums bei Trinkern, in Krampfanfällen bei Epileptikern; hierbei läßt sich die erforderliche peinliche Ueberwachung der Bruchverbände nicht durchführen.

Aehnlich liegen die Verhältnisse bei alten, geschwächten Individuen und Gelähmten, die eine so lange Bettruhe, wie sie bei schweren Fracturen nöthig ist, nicht vertragen; ihnen

drohen Senkungsdneumonien oder Decubitus und der Arzt wird zuweilen Lageveränderungen und Bewegungen frühzeitiger vornehmen lassen, selbst auf die Gefahr hin, daß dadurch eine geringe Verschiebung der Bruchstücke eintreten könnte.

L. bespricht dann diejenigen Fälle, in denen der behandelnde Arzt die Schuld an dem schlechten Ausgange der Fractur trägt. Derselbe kann eine falsche Diagnose stellen und deshalb falsch behandeln, oder er kann trotz richtiger Diagnose ein nicht angemessenes Heilverfahren wählen, so z. B. eine unvollständige oder fehlerhafte Reposition vornehmen; er kann nach erfolgter Reposition ohne Rücksicht auf die bestehende hochgradige Schwellung an der Frakturstelle sofort (also zu früh) einen Contentivverband anlegen, unter dem sich nach der Abschwellung die Fragmente wieder verschieben; er kann ferner den Verband nicht ausgiebig genug machen, oder er wendet in Fällen, wo die Fragmente sich leicht verschieben, nicht die Extensionsmethode an; er kann die erforderliche Controle versäumen, oder nimmt den Verband zu früh ab und läßt zu früh Bewegungen machen, so daß der noch weiche Callus nachgiebt und in fehlerhafter Weise zur Verknöcherung gelangt. — Alle besprochenen Momente, also die ungünstige Beschaffenheit des primären Bruches, das ungeeignete Verhalten des Kranken und das fehlerhafte Verfahren des Arztes, fallen hinsichtlich der forensischen Bedeutung der Entstehungsursachen der Schiefheilung schwer ins Gewicht, wenn es sich um die Aburtheilung derjenigen Person, welche die primäre Fractur verursacht hat, handelt. Der Gerichtsarzt hat die Pflicht, gegebenenfalls den Richter auf solche Momente aufmerksam zu machen.

Nimmt man den Fall an, daß ein Verletzter auf Grund der Folgen einer schiefgeheilten Fractur eine höhere als die ihm zugebilligte Entschädigung von der haftpflichtigen Person oder Körperschaft erzielen will, es wird von der Gegenpartei eingewendet, daß Pat. durch Nichtbefolgung der ärztlichen Anordnungen resp. durch directes Zuwiderhandeln die Schiefheilung und deren Folgen selbst verschuldet hat. Nur wenn ein ausreichendes Beweismaterial vorliegt, aus dem einmal erhellt, daß die Beschaffenheit des Bruches selbst nicht zu einer Schiefheilung prädisponirte und daß die Seitens des Arztes eingeschlagene Behandlung die zweckmäßige war, andererseits aber auch durch Zeugenaussagen erhärtet ist, daß Kläger sich nicht den ärztlichen Anordnungen gefügt hat, wird der Gerichtsarzt sich dahin äußern können, daß die Schiefheilung und deren Folgen nur dem Verhalten des Verletzten zugeschrieben werden müssen.

Weit mehr forensisches Interesse bieten die Fälle, in

denen durch fehlerhafte Behandlung die Schiefheilung eines Knochenbruches entstanden ist. Ist in dieser Beziehung ein gerichtliches Verfahren eingeleitet worden, so wird es sich für den Gerichtsarzt zunächst darum handeln, den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem fehlerhaften Handeln und dem ungünstigen Ausgang nachzuweisen. Der Nachweis hiervon ist zweifellos leichter zu führen bei activen fehlerhaften Eingriffen, als bei einer durch Unterlassung des zweckmäßigen Vorgehens bedingten passiven Fahrlässigkeit. Der Schwierigkeit in letzterem Falle wird der Gerichtsarzt sich um so mehr bewußt sein müssen, wenn es sich darum handelt, sein Urtheil über die Schuld eines Collegen abzugeben. Er wird hier das fehlerhafte Handeln des behandelnden Arztes nur dann für die Folgen verantwortlich machen können, wenn alle anderen Momente, die zu einer Schiefheilung prädisponiren, mit absoluter Sicherheit auszuschließen sind. Ist er indess zur Ueberzeugung gelangt, daß nur die ärztliche Behandlung die Schuld an dem schlechten Heilverlauf trägt, so wird es sich weiter für ihn fragen, inwieweit das ärztliche Handeln überhaupt als fehlerhaft zu bezeichnen ist.

Hat der Arzt eine falsche Diagnose gestellt, so wird der Gerichtsarzt nachweisen müssen, daß in dem fraglichen Falle bei genügender Aufmerksamkeit des Arztes ein diagnostischer Irrthum hätte vermieden werden können. Lässt es sich erweisen, daß für die Stellung der Diagnose im frischen Zustande der Fractur besonders ungünstige Verhältnisse vorlagen, so wird dieser Umstand dem Arzte zur Entschuldigung gereichen müssen. Die Schwierigkeiten der richtigen Diagnosestellung beruhen theils auf dem Ort der Fractur, theils auf den pathologischen Verhältnissen der Fracturstelle. — Es könnte von Seiten des Richters eine Fahrlässigkeit des Arztes darin erblickt werden, daß derselbe, wenn er sich über den Fall unklar war, nicht den Rath einer Autorität eingeholt, daß er nicht die Chloroformnarkose oder gar die Durchleuchtung in Anwendung gebracht hat. Handelt es sich um einen praktischen Arzt, so wird es sich fragen, ob und in welchem Maße ihm die Hilfsmittel zu Gebote standen.

Häufig wird auch eine falsche Behandlungsweise zum Gegenstande gerichtsärztlicher Beurtheilung. Auch hier muss stets die Individualität des Arztes und die Eigenthümlichkeit des Falles berücksichtigt werden. Was die Art der Behandlung betrifft, so wird jedem Arzt freilich freier Spielraum in der Wahl der Methode gelassen werden müssen. Mag der Arzt diese oder jene Behandlungsmethode wählen, immer kommt es nur darauf an, daß er sie zweckmäßig durchführt und die Pflicht erfüllt, die Controle über den Heilverlauf

auszuüben. Wo nicht grobe Unwissenheit vielleicht vereint mit falschem Ehrgeiz als Motive für eine fehlerhafte Behandlung anzunehmen sind, muß die Schuldfrage zum mindesten in dubio gelassen werden. — Im Folgenden erörtert L. noch einige Fragen, die dem Gerichtsarzt bezüglich der Entstehung der Fractur überhaupt vorgelegt werden können: ob aus der Erscheinungsweise der dem Gerichtsarzt zur Beurtheilung vorgelegten Endresultate sich Rückschlüsse machen lassen auf Art, Zeit und Ort der Entstehung der Brüche, ferner ob die primäre Fractur direct oder indirect entstanden ist.

Indem L. besondere Vorsicht bei dergleichen Schlüssen empfiehlt, macht er auf die verschiedenen Anhaltspunkte, die für die eine oder andere Thatsache sprechen, aufmerksam.

Ein besonderes forensisches Interesse bieten die schiefgeheilten Knochenbrüche der Föten und Neugeborenen dar; in einzelnen Fällen ließ sich die Fractur auf ein bestimmtes Trauma zurückführen; in vielen Fällen sind keinerlei Spuren irgend einer äußeren Verletzung der Knochen- oder Weichtheile der Schwangeren beobachtet worden. Je nach dem Zustande des Callus wird der Arzt auf die Zeit der Entstehung der Fractur Rückschlüsse machen können. — Schiefgeheilte Knochenbrüche können auch für die Rekognoscirung unbekannter Leichen von großer Bedeutung sein. — Größeres Interesse bieten diejenigen Fälle dar, in denen die Schiefheilungen so schwere Störungen für den betr. Verletzten mit sich bringen, daß dieselben nur durch eine Operation beseitigt werden können; ferner diejenigen Folgen einer Verletzung, welche dieselbe nach der Definition des § 227 des Str.-G.-B. als „schwere Körperverletzung" charakterisiren, z. B.: Verlust eines wichtigen Gliedes, des Sehvermögens, des Gehörs, der Sprache u. s. w.; wenn es sich hierbei um die Schuldfrage handelt, werden auch hier die Entstehungsursachen der Schiefheilung in geziemender Weise zu berücksichtigen sein. L. präcisirt in längerer Ausführung die Begriffe Verfall in Siechthum und Lähmung in gerichtsärztlichem Sinne und erörtert die Bedeutung dieser Zustände als Folgezustände von Verletzungen.

Zum Schluß gedenkt L. noch des Verfallens in Geisteskrankheiten, was, wie bekannt, auf traumatischer Basis selbst viele Jahre nach erlittener Verletzung entstehen kann. Die Fälle jedoch, in denen die Geisteskrankheit auf die im Gefolge von Knochenbrüchen auftretenden pathologischen Veränderungen an der Fracturstelle nachweisbar zurückgeführt werden können, sind sehr selten.

Außer durch die strafrechtlichen Fragen, die an sie anknüpfen, können schiefgeheilte Knochenbrüche den ärztlichen Sachverständigen im civilrechtlichen Verfahren in Anspruch nehmen, wenn es sich um die rein materielle Ent-

ſchädigung handelt, die der Verletzte von dem Thäter, dem behandelnden Arzte oder seinem Arbeitgeber zu verlangen hat. Wie folgenſchwer die Haftpflicht für den Thäter oder auch den behandelnden Arzt werden kann, geht aus § 844 des B. G.-B. hervor, der besagt, daß im Falle der Tödtung der Ersatzpflichtige dem Dritten, dem infolge der Tödtung das Recht auf den Unterhalt entzogen ist, durch Entrichtung einer Geldrente insoweit Schadenersatz zu leisten hat, als der Getödtete während der muthmaßlichen Dauer seines Lebens zur Gewährung des Unterhaltes verpflichtet gewesen sein würde. — In der Mehrzahl der Fälle wird freilich gerade bei ſchiefgeheilten Brüchen die Frage gerichtsärztlicher Beurtheilung unterliegen, ob und inwieweit die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Verletzten beeinträchtigt worden ist. Der Gutachter hat dann auf Grund des anatomiſchen und functionellen Befundes die Erwerbsfähigkeit nicht nur in Bezug auf den bisherigen Beruf des Verletzten zu bestimmen, sondern auch nach der Maßgabe, ob der Verletzte nicht auch durch andere Thätigkeit erwerbsfähig sein kann.

Der Gerichtsarzt, wie der Vertrauensarzt der Berufsgenossenſchaften können Täuſchungen seitens der Verletzten ausgesetzt sein; letztere übertreiben zuweilen nach einer mit Schiefheilung endenden Fractur die Beſchwerden, um eine möglichst hohe Entſchädigung zu erhalten, oder aber sie beſchönigen ihre Gebrechen, wenn es sich darum handelt, eine Pensionirung hinauszuſchieben. Die Hauptaufgabe des Gerichtsarztes wird daher immer sein, die subjectiven Beſchwerden im Vergleich mit dem objectiven Befunde genau zu prüfen. Uebrigens sind die Fälle, in denen wirklich beabsichtigte Täuſchungen vorliegen, nach den Erfahrungen, die man nach Einführung der Unfallgesetzgebung gemacht hat, nicht so häufig, als man vielfach vermuthet.

(Allg. med. Centralztg.)

Ueber einige neuere Heilmittel bei der Behandlung von Augenkrankheiten. Von Dr. J. Herrnheiser, Priv.-Doc. a. d. deutſchen Universität in Prag. (Aus „Deutſche Praxis, Zeitſchrift für deutſche Aerzte".) Das Forſchen nach neuen Mitteln, das Bestreben, mit den Behelfen der modernen Chemie solche herzustellen, ist von uns Aerzten mit Freuden zu begrüßen. Der Standpunkt, den wir hierbei einzunehmen haben, ist der, daß wir jede Neuerung nicht voreingenommen und frei von Vorurtheilen prüfen. Die Ergebnisse einer derartigen Untersuchung können uns belehren, daß die neuen Mittel weniger oder nur in gleichem Maaße wirken als die alten, bisher bewährten, oder aber, daß sie in vielen Fällen besser sind als die uns bisher bekannten. Die Stellungnahme ist darnach ge-

geben. Ein Medikament, das weniger leistet, werden wir als für uns nicht existirend zu betrachten haben, den Präparaten, die den gleichen Nutzen bringen, wie die bisherigen alten, werden wir wohlwollend gegenüberstehen. Im praktischen Leben machen wir ja oft die Erfahrung, daß gewisse Personen bestimmte Heilmittel, die bei anderen Vorzügliches leisten, nicht vertragen oder daß die Wirkung nach längerer Zeit ihrer Anwendung bei einem und demselben Kranken ausbleibt. Besitzen wir nun mehrere im gleichen Sinne wirkende Präparate, so ist uns die Möglichkeit einer größeren Auswahl, sowie eines Wechselns geboten. Die letzte Gruppe der neueren Mittel, in welche jene einzureihen sind, die mehr leisten als die alten, ist verhältnißmäßig sehr klein.

Man muß oft über den Sanguinismus staunen, mit welchem manche der neuen Mittel angepriesen werden, besonders wenn man dann die Berichte jener, welche das so warm empfohlene Medikament nachprüfen, zum Vergleiche heranzieht. H. ist überzeugt, daß in der Mehrzahl der Fälle das lobende Urtheil in der ehrlichsten Absicht gefällt wurde, dass manchmal nichts weiter schuld ist, als eine gewisse Voreiligkeit, mit welcher auf Grund von allzu geringer Erfahrung mit dem Mittel (nach 1—2 günstigen Fällen) der Schluß auf die Gesammtheit gezogen wird. Daß die Autosuggestion auch ein Großes hierbei leistet, läßt sich nicht in Abrede stellen. Der Hauptgrund aber liegt in dem verschiedenen Verhalten der einzelnen Fälle ein und derselben Erkrankung bei verschiedenen Personen und dann in einer differenten Anwendungsweise des Mittels. Es geht hier ähnlich wie bei neuen Operationsmethoden. Ein Autor publicirt sie, ist ganz begeistert von seinen Erfolgen, andere prüfen nach und verhalten sich schon viel skeptischer, manche sogar ablehnend. Der Grund hierfür liegt oft entweder darin, daß die Technik nicht so durchgeführt wird, wie es von Seite des Autors geschieht, oder in einer fehlerhaften Indikationsstellung.

Ein großer Kampf wird gegen das Jodoform geführt und er wird mit der Niederlage des genannten Mittels enden. Es gilt hier eben der Spruch: „Das Bessere ist des Guten Feind“. Die Mängel, die das Jodoform bei allen seinen Vorzügen aufweist, sind bekannt, so daß sie hier nicht aufgezählt werden müssen. Die meisten Feinde hat ihm der unangenehme Geruch verschafft, der aus den Kleidern, aus dem Verbandmaterial und von den Händen des damit Umgehenden nicht wegzubringen ist.

Eine ganze Reihe von neuen, pulverförmigen Substanzen, die dasselbe leisten sollen, wie das Jodoform, sind ersonnen und hergestellt worden. Mit Ausnahme zweier sind sie alle dem Jodoform ebenbürtig.

Vorzügliches leistet Airol. Dieses Präparat hat sich bereits einen dauernden Platz in unserem Medikamentenschatze erobert. Für die Okulisten kommt es in erster Linie als Desinficiens wegen seiner antiseptischen Eigenschaften in Betracht und kann überall dort, wo es gilt, Infektion zu verhindern oder verunreinigte Wunden zu einem rascheren, günstigeren Heilverlaufe zu bringen, in Verwendung kommen. Eine zweckmäßige Verwendung des Airols hat H. im Jahre 1897 in der „Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges" veröffentlicht, indem er die Herstellung einer Airolpaste empfahl, mittels welcher genähte Wunden an den Lidern oder in der Umgebung des Auges gedeckt werden können, ohne daß ein anderer Verband nöthig wäre. Die Paste, die Bruns angegeben, enthält Airol. Mucilag. gumm. arab., Glycerin. aa 10,0, Bolus alba 20,0 ist also 20proz. Die Pasta ist in der Bruns'schen Zusammenstellung, weil ihre Konsistenz eine zu feste ist, für rein okulistische Zwecke nicht so verwendbar. Ein viel weicheres und schmiegsameres Material erhält man mit folgender Zusammensetzung: Airol. 5,0, Linim. exsiccans Pich. Bolus alba aa 10,0. Die Pasta wird über die genähte Wunde mit dem Finger gestrichen und dann erspart man jeden weiteren Verband.

Nebst dem Airol haben wir im Xeroform eine bedeutende Bereicherung unseres Arzneischatzes zu erblicken. Die günstigen Erfolge, wie sie von der Klinik des Prof. Fuchs in Wien veröffentlicht wurden, werden von allen Seiten bestätigt. Es giebt ekzematöse Prozesse in der Bindehaut und Hornhaut, bei welchen die gelbe Salbe nicht vertragen wird. In solchen leistet uns das Xeroform wie ein Specificum glänzende Dienste. Es wird gerade so wie Kalomel in den Bindehautsack eingestaubt. Wegen seiner desinficirenden Eigenschaften kam es auch bei den mannigfachen eitrigen Hornhautentzündungen zur Anwendung. Hier wird es von anderen Mitteln bei weitem übertroffen.

Von einem alten Präparate, dessen Herstellungsweise nun modificirt ist und infolgedessen es dochunter die Neuerungen einzureihen ist, soll nun die Rede sein, von der alt bekannten gelben Quecksilberoxydsalbe (Pagenstecher'sche Salbe).

Im Jahre 1898 veröffentlichte der Dresdener Augenarzt Dr. Fritz Schanz seine Erfahrungen über die vom Apotheker Dr. Schweissinger hergestellte Salbe, deren Hauptvorzug darin bestehen soll, eine mikroskopisch noch feinere Vertheilung des Quecksilberoxyduls, als sie im alten Präparate möglich war, zu besitzen. Kurz darauf erschien aus

der Feder Pagenstechers in den „Klinischen Monatsheften für Augenheilkunde“ (1898 Märzheft) eine ausführlichere Mittheilung, in der dieser erfahrene Augenarzt über seine Indicationsstellungen für die Anwendung dieses Präparates berichtete. Am 1. April desselben Jahres publicirte Dr. Brackebusch, Apotheker in Wiesbaden, über seine Methode zur Herstellung der gelben Augensalbe, die von ihm in ungleich zweckmäßigerer Weise erzeugt werden soll. Man kann getrost behaupten, daß durch dieses neue Präparat dem augenärztlichen Heilverfahren ein großer Gewinn gebracht wurde. Das wesentlich Neue besteht darin, daß das Quecksilberpräparat in einer ungleich feineren Weise in dem Salbenkonstituens vertheilt ist, als in den bisher gebräuchlichen Salben, die vom Apotheker stets frisch nach Vorschrift durch Verreibung des gelben Quecksilberpräcipitates hergestellt werden.

Brackebusch geht von einem frisch gefällten Präcipitate aus, welches völlig wasserfrei gemacht ist. „Das auf eine gewisse Menge“, so beschreibt er weiter sein Verfahren, „berechnete, völlig ausgewaschene Präcipitat wird einigemal mit Alkohol absolutus und zuletzt mit Alkohol absolutissimus ausgezogen, bis alles Wasser fortgenommen ist. Sodann läßt man absetzen, gießt den Alkohol so weit wie möglich ab und giebt den Rückstand in ein Gefäß, welches eine gewisse Menge Paraffinum liquidum purissimum enthält. In diese dicke Flüssigkeit sinkt nun das Präcipitat alsbald hinein, während der specifisch leichtere Alkohol obenauf schwimmt und zuletzt nur abgegossen zu werden braucht. Die Mischung von Oxyd und Paraffin bleibt alsdann in dünner Salbenkonsistenz zurück. Diesen Körper mischen wir mit Vaselin, um Salben von beliebiger Stärke herzustellen.“

Die Salbe wird in der Brackebusch'schen Apotheke in der Stärke von 1,2 Proc., 2,5 Proc., von 5 Proc. und 10 Proc. im großen dargestellt und versendet.

Pagenstecher giebt in seiner vorerwähnten Publikation eine Indikationsstellung für die Anwendung des Präparates. Er empfiehlt die Salbe bei folgenden Krankheiten: „Alle Formen der Conjunctivitis pustulosa (lymphatica) und deren Folgezustände; die bandförmige Conjunctivitis im Bereiche der Lidspalten; die Keratitis-Büschelform; alle oberflächlichen Cornealaffektionen, die mit Gefäßbildung einhergehen; in Reparation begriffene ulceröse Hornhautprocesse, selbst tiefgehende; pannöse Prozesse der Hornhaut, insbesondere solche die der Behandlung des Grundleidens nicht weichen wollen; die Keratitis parenchymatosa zur Beschleunigung der Aufhellung; diejenigen Formen der Conjunctivitis catarrhalis,

die mit starker Injection der Conjunctiva bulbi einhergehen und der Behandlung mit Lapis nicht weichen wollen; bei Neigung zu Pterygien; zur Aufhellung von Hornhauttrübungen, oberflächlichen sowohl wie tiefgehenden. In den meisten der erwähnten Affectionen wird mit der Salbe gleichzeitig eine mehr oder minder kräftige Massage verbunden."

Pagenstecher wendet die Salbe beim sogenannten Frühjahrskatarrh an mit bestimmten Einschränkungen. Er hebt hervor, daß das Präparat als prophylaktisches Mittel bei diesem Prozeß noch weit mehr leistet. Vom Beginne der warmen Jahreszeit an (etwa Mitte April) läßt er nämlich täglich Abends eine $2^1/_2$ proc. gelbe Quecksilberoxydsalbe einstreichen.

Die gute Wirkung bei Blepharitis ciliaris und bei ekzematösen Erkrankungen der Lider ist bekannt. Bei Behandlung von Lidranderkrankungen giebt H. der weißen Präcipitatsalbe (Ung. hydrarg. praecip. albi pultiform. 2 Proc. [Schweissinger]) den Vorzug vor dem gelben Quecksilberoxydpräparat.

Vor zwei Jahren wurde von Pannas auf die vortheilhafte Anwendung von öligen Lösungen gewisser Substanzen, die in den Bindehautsack instillirt, aufmerksam gemacht. Pannas empfiehlt, Olivenöl zu nehmen, welches auf 120° erhitzt und dann auf 60° abgekühlt wird. Nur bei Eserin muß man ein Herabgehen der Temperatur bis auf 45° abwarten. Pannas wendet derartige Lösungen (Atropin, Eserin, Pilocarpin und Cocaïn) an und hebt deren Vortheile in dem Umstande hervor, daß sie unzersetzlich und keimfrei sind.

H. kann die Vortheile nicht bestätigen. Vor allem bleibt das Oel, wenn es nicht öfters von neuem aufgekocht wird, nicht keimfrei, ferner ist das Einträufeln unangenehmer als das Einträufeln von wässerigen Lösungen. Wenn man schon ein anderes Vehikel wählen soll, dann bleibe man getrost bei der Salbenform, besonders mit Rücksicht auf den Umstand, daß es für den Laien am leichtesten ist, ein Stückchen Salbe in den Bindehautsack, sei es mit der Fingerkuppe oder mit dem entsprechenden Glasstabe, hineinzubringen, während die Anwendung des Tropfröhrchens für manchen mehr oder minder große Schwierigkeiten bietet.

Was die Behandlung der Hornhautgeschwüre anbelangt, so möchte H. aus seiner Erfahrung die Methode empfehlen, die auch jüngst auf der Klinik Prof. Wagenmanns in Jena sehr geübt wird — es ist das die Behandlung mit Sublimatvaselin. Da bei allen den Hornhautgeschwüren die

Regenbogenhaut mehr oder minder stark mitbetheiligt ist, so gebe man gleichzeitig mit dem Sublimat auch Atropin und verordne nachstehende Salbe:

Rp. Hydrarg. bichlor. corros. 0,025
Atrop. sulfur 0,1
Vasel. alb. 20,0
M. exactissime.

(Schluß folgt).

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Beitrag zur Kenntniss der Neuritis puerperalis. Von E. Mattiesen. Möbius hat in seiner bekannten Arbeit 1887 als Neuritis puerperalis eine nach normalen Wochenbetten, bezw. nach Puerperalerkrankungen auftretende Lähmung im Gebiete des Nervus medianus oder des Nervus ulnaris oder beider Nerven bezeichnet, wobei die Endäste dieser Nerven, sowohl die sensorischen, als auch die motorischen Fasern an beiden oder an einer Hand, zumal der am häufigsten gebrauchten rechten, erkrankten. Die Affection beginne schon nach erfolgter Geburt oder erst im Wochenbette, bald früher, bald später, um nach verschieden langer Dauer fast stets in Heilung überzugehen. Auch die unteren Extremitäten können ergriffen werden, jedoch seltener und erst nach Erkrankung der oberen. Neuere einwandfreie Beobachtungen haben dargethan, daß die puerperale Neuritis in recht mannigfaltigen, durchaus nicht so typischen Formen auftritt, indem Lähmungen im Bereiche des Kehlkopfes und Rachens, Neuritis optica, Facialislähmungen, Ischiadicus-Neuritis sowohl mit als ohne Betheiligung der oberen Extremitäten beschrieben wurden. Windscheid unterscheidet abgesehen von einer aus der Gravidität herüber genommenen Neuritis: 1. die auf dem Wege der puerperalen Infection entstandene Neuritis, die lokal bedingt sein kann, als eine auf die Nervenscheide und schließlich auf das Nervenparenchym übergreifende Entzündung oder sich als Folgezustand einer septischen Allgemeininfection einstellt; 2. die durch mechanische Insulte entstandene Neuritis im Anschlusse an ein enges Becken, pathologische Kindeslage und operative Entbindung, und 3. die nach spontan verlaufener Entbindung und uncomplicirtem Wochenbette auftretende Neuritis. Mattiesen acceptirt diese Eintheilung bis auf die rein traumatische Form der Ischiadicusneuralgie, resp. Ischiadicusneuritis als direkte Folge operativer Entbindung, welche unter die auch anderweitig zu beobachtenden traumatischen Nervenschädigungen und nicht unter die specifisch puerperalen Affectionen zu zählen sei. Sämmtliche übrigen Formen

können auf einen der Gravidität eigenen, noch nicht differencirten Giftstoff zurückgeführt werden, der je nach Disposition zu Neuralgie, Neuritis, Emesis, Nephritis und Albuminurie, Salivation, Parästhesien etc. führen könne, alles Erscheinungen, die der Schwangerschaft und dem Wochenbette typisch sind und als Intoxicationserscheinungen imponiren. Daß nur ein Theil der Individuen diesen Einwirkungen der Schwangerschaftstoxine erliegt, sei durch individuelle Disposition oder Widerstandsfähigkeit (Anämie, chronische Erkrankungen) zu erklären. In jedem Falle mag aber das stets vorhandene Graviditätstoxin die Ursache zur Erzeugung eines locus minoris resistentiae sein, wodurch, je nach Einwirkung anderer lokalisirter Schädigung, eine örtlich entsprechende Neuritis entsteht. Man könne die größere Mehrzahl der puerperalen Neuritiden auf eine direkte Wirkung mechanischer und chemischer Insulte zurückführen, trotz unserer nur empirischen Kenntniß jenes der Gravidität entstammenden primären Agens, und es wäre Aufgabe des Diagnostikers, in jedem einzelnen Falle nach jenem Anstoße zu suchen und dadurch die jeweilige Entstehung der Neuritis ätiologisch zu erklären. Eine als direkte Folge operativer Entbindung auftretende Neuritis der unteren Extremitäten wird eine Läsion des Plexus sacralis oder einzelner Aeste unzweifelhaft erscheinen lassen, desgleichen auch neuritische Symptome, bei bimanuell deutlich nachweisbaren exsudativen Processen in der Genitalsphäre einer Wöchnerin. Schwieriger gestaltet sich die Beurtheilung nach spontaner Geburt und uncomplicirtem Wochenbette, wobei man in einzelnen Fällen wohl an vorhergehende Vergiftungen bestimmter Stoffe, wie Blei, Arsenik, Mercur, vor allem Alkohol, zu denken haben wird, falls solche in der Anamne eine Rolle zu spielen scheinen, in anderen sich wird fragen müssen, ob nicht den bei der Geburt angewendeten Desinfectionsmitteln eine ätiologische Rolle zuzuerkennen sei. Neuritiden nach acuten Infectionskrankheiten werden bei zeitlichem Zusammentreffen mit Gravidität und Puerperium durch die Präexistenz solcher gerechtfertigt. Eulenburg hat die Aufmerksamkeit auf die Beziehungen der Gonococcen zur Neuralgie und Neuritis gelenkt, was in der Frage der puerperalen Neuritis besondere Beachtung verdient. In nicht zu seltenen Fällen wird sich eine puerperale Neuritis auf einen septischen Eiterungsproceß zurückführen lassen (ohne daß eine direkt fortgeleitete Nervenentzündung besteht); die bisher bekannten Fälle haben das Gemeinsame, daß die polyneuritischen Symptome erst einige Wochen nach dem Beginne des Eiterungsprozesses einsetzten. Als Rest bliebe noch die Zahl jener Neuritiden, deren Entstehung auf ein durch die Gravidität producirtes Toxin zurückzuführen ist,

weil keines von den hier angeführten ätiologiſchen Momenten sich nachweisen läßt. In der von M. in dieser Arbeit mitgetheilten eigenen Beobachtung läßt sich die Annahme eines direkten Zusammenhanges zwiſchen Venenthromben und Polyneuritis nicht gerade von der Hand weisen. Therapie und Prophylaxe werden bei Bekämpfung dieses Leidens keine große Rolle spielen können; immerhin mag ein diätetiſches Verhalten in der Schwangerſchaft, Anregung der Nierenfunction u. dergl., sowie andererseits entsprechende Hygiene im Wochenbette auf das Auftreten neuritiſcher Symptome nicht ohne Einfluß sein. Der Alkohol sei als ſchädliches Moment sowohl in der Prophylaxe, als auch im weiteren Verlaufe der bereits eingetretenen Erkrankung zu betrachten. Außer der symptomatiſchen und der elektriſchen Behandlung seien in der Therapie die Carbol- und Carbolmorphiuminjectionen, die subcutanen Ergotininjectionen, die vielen Antineuralgica und Antirheumatica, darunter besonders das Antipyrin per os und subcutan, das Natrium salicylicum, das sich in großer Dosis bewährt hat, und zuletzt das Aspirin (Acetyl-Salicylsäure) erwähnt.

(Archiv für Gynäkologie, Bd. 63, Heft 1 u. 2.)

Zur Verhütung und Heilung des Hängebauchs und seiner Folgezustände. Von Dr. Wilh. Ostertag, Arzt in Barmen. (Aerztliche Polytechnik.) Bisher hat man zur Heilung des Hängebauchs von ärztlicher Seite stets die Zuflucht zur Leibbinde genommen. Doch haben die bisherigen Systeme von Leibbinden sich in keiner Weise bewährt. O. beſchreibt eine neue Leibbinde, die frei von den Mängeln der bekannten Systeme ist. Dieselbe ist an den Seiten und hinten fast eben so hoch wie vorne; sie stützt sich demgemäß oben auf den Rippenbogen und unten auf das Becken. Hierdurch wird jegliches Einſchneiden in die Weichen vermieden und jeder einseitige Druck auf die Unterleibsorgane unmöglich gemacht. Die Binde selbst besteht aus zwei Theilen, einem hinteren Theil aus kräftigem Moleskin und einem vorderen Theil aus einem äußerst elastiſchen und dabei doch festen Tricotgewebe. Als elastiſcher Stoff wurde Tricot aus dem Grunde gewählt, weil dieser sämmtliche guten Eigenſchaften des Gummis besitzt, ohne dessen ſchlechte zu theilen. Er besitzt fast die gleiche Elasticität wie Gummi, ist aber im Gegensatz zu diesem wegen seiner weichen, anſchmiegenden Eigenſchaft sehr angenehm zu tragen und dabei von einer fast unbegrenzten Haltbarkeit. Der Tricotstoff erſchien aber noch wegen einer anderen bemerkenswerthen Eigenſchaft besonders für den Zweck einer Leibbinde geeignet. Man hat nämlich in der Bindenfabrikation ſchon Jahre lang vergebens nach einer

Construction gesucht, wodurch es ermöglicht werden konnte, einen elastischen Stoff in der Weise über dem Unterleib anzuordnen, daß die Elasticität nicht nur in einer Richtung, der horizontalen, sondern auch in der verticalen zur Wirkung gelangt. Das bisher am meisten gebräuchliche elastische Gewebe, das Gummigewebe, kann aber dieser Anforderung nicht im Geringsten genügen, da es nur in einer Richtung elastisch hergestellt werden kann. Infolgedessen kann natürlich der Druck dieses Gewebes auf den Unterleib nur einseitig wirken. Dagegen ist der Tricotstoff infolge seiner Herstellungsweise — er wird strumpfartig gewirkt — das einzige Gewebe, das nach zwei Richtungen hin elastisch gewebt wird, sowohl nach der horizontalen, als auch nach der vertikalen. Diese Eigenschaft des Tricotgewebes ist bisher noch bei keiner einzigen Binde verwerthet worden und wird zum ersten Male in der neuen Binde durch besondere Vorrichtung in vollkommenstem Masse ausgenützt. Für den hinteren Theil ist aus dem Grunde nicht elastisches Gewebe gewählt, weil hier bei der starken Stammmusculatur eine elastische Wirkung vollständig überflüssig ist; vielmehr dient der feste unelastische Stoff als Stützpunkt für die elastische Wirkung des vorderen Tricotgewebes, während bei denjenigen Binden, die ganz aus elastischem (meistens Gummi-) Gewebe bestehen, die ganze Spannung der Elasticität von der Rückenmusculatur ausgehalten wird, was natürlich zu großen Unbequemlichkeiten für die betreffenden Personen führt.

Die Verbindung des vorderen mit dem hinteren Theil wird links durch einige Schnallen hergestellt, wodurch es den Frauen ermöglicht wird, sich die Binde nach dem Gefühl enger oder weiter einzustellen. Diese Verbindungsart erscheint bedeutend rationeller, als die bei den meisten verstellbaren Binden eingeführte Art der Schnürung; denn durch das Schnüren wird der Unterleib in toto zusammengepreßt. Bei der neuen Binde ist es dagegen den Frauen möglich, wenn an einer bestimmten Stelle des Unterleibs der Druck etwas zu groß wird, denselben durch Lüftung der an der betreffenden Stelle befindlichen Schnalle sofort zu heben; ebenso kann man, wenn an einer bestimmten Stelle die Binde etwas lose ist, dieselbe durch die betreffende Schnalle sofort etwas fester ziehen.

Man kann somit durch die Schnallen die Stärke und die Richtung des elastischen Zuges bedeutend besser reguliren, als durch jede andere Art des Verschlusses.

Um das Rutschen der Binde nach unten zu vermeiden, sind oben zwei verstellbare Träger aus Moleskin angebracht, die über die Schulter gehen.

Von höchster Wichtigkeit ist die Anbringung einer Vor-

richtung, wodurch das Rutſchen der Binde nach oben verhindert wird. Alle bisherigen Binden vermochten dies nicht zu verhüten. O. hat diese Aufgabe dadurch gelöst, daß er einen Schenkelriemen in Form eines hohlen Schlauches aus bestem Patentgummi anbrachte. Die Luftſchicht, die sich in dem hohlen Schlauch befindet, bildet nämlich ein weiches, ſchmiegsames Polster, das bei allen Körperbewegungen nachgiebt und deshalb wenig oder gar nicht zur Empfindung gelangt.

Durch die beſchriebene Anordnung, wonach die Binde oben durch die Träger, unten durch die Schenkelriemen, die sich naturgemäß stets in einem mäßigen Zustand der Spannung befinden, gehalten wird, ist zum ersten Male die besondere, oben angedeutete Eigenſchaft des Tricotgewebes, nach zwei Seiten hin elastiſch zu wirken, verwerthet. Denn hierdurch wird der Bauchtheil der Binde, der ſchon in horizontaler Richtung durch den Schnallenverſchluß gespannt wird, auch in verticaler Richtung ausgedehnt. Es ist somit das Tricotgewebe nach allen Richtungen hin in gleichmäßiger Weise über dem Leib ausgespannt und es bleibt diese Spannung auch bei allen Körperbewegungen, da die elastiſchen Schenkelriemen hierbei immer exact nachgeben und doch fest an dem Oberſchenkel anliegen, stets nach allen Richtungen hin in gleichmäßiger Stärke erhalten. Hierdurch ist erst die Möglichkeit gegeben, daß die Binde bei jeglicher Lage und bei allen Bewegungen des Körpers, beim Bücken etc. etc. stets auf dem Leibe in unveränderter Weise sitzen bleibt und sich nie von ihm abheben kann, wo dies bei allen gebräuchlichen Binden der Fall ist.

Es erſcheint zweckmäßig, daß jede Frau nach jeder Entbindung sofort beim Verlassen des Bettes die neue Binde in Anwendung bringt. Hierdurch wird einerseits sofort wieder eine äußerst ſchlanke Figur erzielt und andererseits zahllosen Erkrankungen der Unterleibsorgane, wie Hängebauch, Enteroptose, Wanderleber, Wanderniere, Magensenkung etc. etc. mit Sicherheit vorgebeugt. Natürlich ist diese Binde auch bei ſchon ausgebildetem Hängebauch, bei Wanderniere, Wanderleber etc. indicirt. Auch bei Schwangerſchaft findet dieselbe als Umstandsbinde erfolgreiche Anwendung. Besonders nothwendig erſcheint ihre Anwendung bei mit Hängebauch complicirter Gravidität, weil hierdurch die gefürchteten Folgen dieser Complication, wie Querlage und Uterusruptur, fast mit Sicherheit verhindert werden können. Ein weiteres Feld ihrer Anwendung findet die Binde nach Laparotomien. Sie verhindert mit Sicherheit die Entstehung von Diastasen der Bauchdecken und von Bauchbrüchen und gewährleistet bei ſchon ausgebildeten Bauchbrüchen, wie Nabelbrüchen, die Retention derselben, sobald die Bindenwirkung noch durch eine Pelotte verstärkt wird.

Verschiedenes.

Behandlung des Herpes Zoster. Winternitz empfiehlt Alkoholumschläge auf die befallenen Stellen. Man applicirt etwas dicke Kompressen von hydrophiler Gaze, mit concentrirtem Alkohol getränkt, derart auf die erkrankte Stelle, daß die Kompresse die letztere nach allen Seiten um einige Centimeter überragt. Darauf kommt eine Schicht Watte und der Verband bleibt 24 Stunden liegen. Der in dieser Weise täglich gewechselte Alkoholverband hatte in sechs Fällen die Wirkung, daß die neuralgischen Schmerzen sehr bald aufhörten und daß die gebildeten Bläschen sich zurückbildeten, ohne zu ulceriren und ohne daß neue Bläschen sich zeigten. (Sem. médic. No. 14.)

Alcoholumschläge bei Appendicitis. — In einem Falle hartnäckiger habitueller Obstipation bei einem zwölfjährigen Knaben, der bereits einige Male heftige Krisen im Gebiete des Blinddarms zu überstehen hatte, haben Gold und Filatow Alcoholumschläge bei Appendicitis mit ausgesprochenem Erfolge angewendet. Trotz Application von Clystiren und Darreichung von Opium haben die bei dem Kranken plötzlich aufgetretenen sehr heftigen Schmerzen in der Blinddarmgegend nicht aufgehört, vielmehr verbreiteten sich dieselben in wenigen Stunden über den ganzen Unterleib. Eisapplication und innerliche Darreichung von Opium besserten den Zustand nicht wesentlich, der allgemeine Habitus verschlimmerte sich zusehends. Nun wurde ein Umschlag aus 96procentigem Alcohol applicirt. Oberhalb des Alcoholumschlages, Eisblase. Stündlicher Wechsel des Umschlages. Opium fortgesetzt. Die Umschläge werden sehr gut vertragen, es stellte sich bald Schlaf ein. Schmerzen verringerten sich auffällig. Der Puls hob sich, die Temperatur sank. Die Besserung nahm stetig zu, 11 Tage nach Beginn der Erkrankung wurde das Opium ausgesetzt, die Alcoholumschläge jedoch auf drei Tage weiter applicirt. Am dreizehnten Tage der Krankheit wurden zwei Stücke steinharter Faeces entleert, worauf reichlicher Stuhl erfolgte. Kurz darauf völlige Genesung.

Anzeigen.

Zu einem

Kur-Hotel (Sanatorium)

sehr geeignetes Anwesen in Süddeutschland (Schwarzwald) ist unter sehr günstigen Bedingungen billig zu verkaufen. Anfragen unter **R. P. 698** an die Exp. d. Bl.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 7 IXL. Jahrgang 25. Juli 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Die gewerbliche Blei-, Phosphor-, Quecksilber-, Arsen- und Schwefelkohlenstoffvergiftung. Zur Frage der Erblichkeit der Tuberkulose. — Zur Erklärung harnsaurer Niederschläge im Urin. Die Tannoformibehandlung der Nachtschweiße der Phthisiker. Zur Anwendung der Lichttherapie. Die neueren Behandlungsweisen der Syphilis. — Zur Behandlung der Bauchschüsse. Ueber einige neuere Heilmittel bei der Behandlung von Augenkrankheiten. (Schluß). Zur Dosirung des Wasserstoffsuperoxydes bei der Wundbehandlung. — Ueber plötzliche Todesfälle im Kindesalter. Der gegenwärtige Stand der antirhachitischen Therapie. — Die therapeutische Verwendung des Formalin-Glycerins. Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Zucker im Harne.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Die gewerbliche Blei-, Phosphor-, Quecksilber-, Arsen- und Schwefelkohlenstoffvergiftung. Von Dr. E. Roth (Potsdam). (Berl. kl. Wochenschr. 19 u. 20, 01.) Die Einwirkung der gewerblichen Gifte auf den menschlichen Organismus ist abhängig von der Besonderheit des Giftes, der Art der Aufnahme und Einverleibung und der Dauer der Einwirkung, vor allem von dem Grade der Widerstandsfähigkeit des Organismus, die individuell verschieden ist. Die größte hygienische Bedeutung beansprucht das Blei wegen seiner ausgedehnten Verwendungsweise; es kann durch Magen, Lunge, Wunden, vielleicht auch durch unverletzte Haut in den Körper eindringen; selbst das für ungiftig gehaltene Bleisulfat kann, wenn es staubförmig in die Bronchien gelangt, Vergiftungen herbeiführen. Die Vergiftungen kommen zu Stande bei der Bleigewinnung, in Bleihütten, ferner in Zinkhütten, in Bleifarben- und Bleizuckerfabriken, eine andere Quelle ist die Thonwaarenindustrie, namentlich in der Ofenfabrikation. Besonders gefährdet sind diejenigen Berufsarten, die Blei als Bestandtheil von Farben anwenden, Maler, Ansteicher, Lackirer. Eine neue und recht ausgiebige Quelle von Bleivergiftungen sind die Anlagen zur Herstellung von Accumulatoren, in besonderem Maße sind auch die Angestellten in Schriftgießereien, Stereotypien und Buchdruckereien gefährdet, ferner die Emailleure von eisernen Blechen und Geschirren. Ueber gewerbliche Mas-

senvergiftung durch Blei bei Arbeiterinnen in Patentflaſche verſchlüssen berichtete zuerst Marcuse. Nicht selten si Bleivergiftungen bei Feilenhauern („Berl. klin. Wchschr Nr. 19 und 20), Arbeitern in Nitritfabriken, Rohrlege Glasarbeitern bei der Darstellung von Flint- und Kryst glas, Kattun- und Wachstucharbeitern, die mit Bleiweiß beiten. Von sonstigen Anlagen, in denen Blei verarbe wird, kommen in Frage die Anlagen, wo Blei durch Schn zen, Gießen, Stanzen, Walzen und Löthen verarbeitet w In Frage kommen weiter die Bernstein-, Kunstpapier- Blumenarbeiter, Näherinnen und Spitzenarbeiterinnen, mit Blei beſchwerte Seide bearbeiten, die Jaquardwe infolge Abreibens der Bleigewichte, die Bürstenarbeiter der Verarbeitung mit Bleiacetat gefärbter Borsten Haare, die Strohhutarbeiterinnen und Granatarbeiter b Facettiren u. a. — In prophylaktiſcher Beziehung ist verlangen, daß überall, wo es techniſch ausführbar ist. die Stelle von Blei andere weniger giftige oder ungi Metalle treten, außerdem kommen die verſchiedenen Sch apparate, Respiratoren und Ventilatoren, sowie die ent chende Instruction der Arbeiter in Betracht. Bei dem treten der geringsten Anzeichen beginnender Vergiftun der Arbeiter sofort d r Einwirkung des Giftes zu entzie

Der außerordentlich giftige, gelbe oder weiße Phos findet seine hauptsächlichste Verwendung in der Phosp zündholzindustrie. Trotz der bestehenden Vorſchriften l men immer noch in größerer Zahl ſchwere Gesundh ſchädigungen durch Phosphor vor. Ein durchgreifende folg kann nur von einem Verbot der Verwendung des g Phosphors erwartet werden, wie ein solches Verbot langen Jahren in Dänemark besteht und neuerdings in Schweiz erlassen ist, außerdem kommen ſchärfere san Maßnahmen in Betracht.

Das Quecksilber findet seine häufigste Anwendun den Quecksilberspiegelbelegen. Es sind hauptsächlich Quecksilberdämpfe. die bei Berührung mit der Schlein der Luftwege in eine resorbirbare Form umgewandelt den und aus der Schleimhaut der Athmungswege in Blutbahn gelangen, ausnahmsweise auch durch offene stellen. Außerdem kommen noch in Frage die The meter- und Barometermacher, die Arbeiter in Glühlam fabriken, in Zündhütchenfabriken, die Hutmacher, Hasen ſchneider und Kürſchner.

Arsenige Säure findet Verwendung in der Schrot kation, zum Graubeizen von Metallen, als Entfärbungs in der Glasfabrikation, beim Ausstopfen der Thierbälge in der Hutmacherei. In der Farbenfabrikation und druckerei kommt Arsen nicht mehr in Verwendung.

gelangt von den Verdauungsorganen, von der Lunge und von offenen Hautstellen aus zur Resorption.

Schwefelkohlenstoff wird in großen Mengen in der Fettindustrie verwendet und beim Vulkanisiren des Kautschuk. Die ersten Krankheitserscheinungen treten oft schon nach Wochen, manchesmal erst nach Jahren auf. Die chronische Vergiftung erinnert an die Tabes, weshalb einige Autoren von einer pseudotabetischen Form sprechen.

In der Frage der **Erblichkeit der Tuberkulose**, die schon lange die Kliniker wie die Pathologen beschäftigt, ist durch die experimentellen Studien F. Friedmanns, die unter Hertwig's und Rubner's Leitung angestellt sind, ein bedeutsamer Schritt nach vorwärts geschehen.

Bezüglich dieser Frage herrscht bekanntlich noch keine Uebereinstimmung der Meinungen. So glaubt Koch selbst, daß nicht der Infectionskeim sondern nur die Disposition zur tuberkulösen Erkrankung vererbt werde und die Tuberkelbacillen also nur eine secundäre Rolle spielen, während andere Forscher, vor allem Baumgarten, so gut wie ausschließlich in der direkten Uebertragung den Vererbungsmodus erblicken. Eine tuberkulöse Mutter kann demnach ihre Krankheitskeime durch den Kreislauf der Placenta auf den Foetus übertragen oder aber sie ihm schon in der Eizelle selber mit auf den Weg geben. Im ersten Fall ist die Uebertragung eine placentare, im zweiten Fall eine germinative. Ersteren Vererbungsmodus hat man in der menschlichen und thierischen Pathologie häufig beobachtet und auch experimentell nachahmen können. Ob die germinative Uebertragung durch eine tuberkulöse Mutter möglich ist, darüber liegen heute noch keine Beweise vor. Die germinative Uebertragung der Krankheit auf die Nachkommenschaft durch einen tuberkulösen Vater bei gesunden mütterlichen Organen, die sogenannte conceptionelle Infection des Embryo, ist zwar durch klinische Beobachtungen wahrscheinlich gemacht, aber seither nicht bewiesen gewesen, und hier setzen die Untersuchungen Friedmanns ein.

Die Beweisführung, daß eine tuberkulöse Infection direct vom Vater auf die Frucht übertragen ist, verlangt, wie Friedmann auseinandersetzt, einmal den Nachweis, daß im Sperma des betreffenden Vaters virulente Tuberkelbacillen vorhanden sind. Da nun fast alle Untersucher im Samen tuberkulöser Menschen und Thiere auch ohne Genitaltuberkulose virulente Tuberkelbazillen nachgewiesen haben, ist dieser eine Nachweis als erbracht anzusehen. Das zweite Postulat wäre der exacte Nachweis, daß die Tuberkelbacillen in diesem Fall nur mit dem Samen und ohne jede Vermittlung der Mutter auf die Frucht übertragen sind. Dieser

Nachweis ist nun durch die Friedmann'schen Untersuchungen erbracht worden. Er injicirte zu diesem Zweck einem frischbelegten Kaninchenweibchen unmittelbar nach der Begattung einige Tropfen einer sehr verdünnten Tuberkelbacillenaufschwemmung per vaginam; dann wurden die Mutterthiere regelmäßig in den ersten 8 Tagen der Gravidität, vom Tage der Begattung an gerechnet, getödtet. Die günstigsten Embryonen waren meistens 6 Tage alt. Die Untersuchung wurde nun mikroscopisch an Schnittserien vorgenommen, die durch die gehärteten und gefärbten jungen Fruchtblasen und das zugehörige Uterusstück senkrecht zur Längsaxe des Uterus gelegt waren. Die Uteruswand, in dessen Lumen der junge Embryo lag, zeigte das gewöhnliche Aussehen. In sämmtlichen Embryonen fand F. nun zweifellose Tuberkelbacillen vor, in einem Fall sogar ein ganzes Nest von solchen. Im Uteruslumen oder der Uterus- resp. Vaginalschleimhaut konnten Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden und F. hatte den Eindruck, „als ob so gut wie alle zusammen mit dem Samen in die Vagina gelangten Tuberkelbacillen, die nicht in die Eier eingedrungen sind, aus dem Genitalkanal wieder eliminirt werden." Ob die in das Ei gelangten Tuberkelbacillen sich in demselben auch selbständig vermehren und eigentliche Tuberculose hervorrufen, ist durch die Versuchsanordnung F.'s vorerst nicht erwiesen. Doch hält er es für sehr wahrscheinlich, einmal im Hinweis auf das aufgefundene Nest von Bacillen in der embryonalen Zellschicht, und weiterhin im Hinblick auf die Erfahrungen überhaupt, die man mit der Entwicklung von Tuberkelbacillen in placentarinficirten Embryonen und bei Embryonen geimpfter Hühnereier gemacht hat. Daß also Tuberkelbacillen, die mit dem Sperma in die Vagina gelangen, ohne jede Vermittlung der Mutter in die Embryonen übergehen können, ist durch die Friedmann'schen Experimente erwiesen, und damit also ein weiterer, unter gewissen Umständen in Betracht kommender Uebertragungsweg der Tuberkulose sichergestellt.

(Zeitschr. f. klin. Medicin 1901, Bd. 43, S. 11.)

II. Medicin.

Beitrag zur Erklärung harnsaurer Niederschläge im Urin. Von Prof. Dr. G. Klemperer (Berlin). (Zeitschr. f. diätetische und physikal. Therapie, V. Bd., 1. Heft.) Da die Zusammensetzung der Lösungen, aus denen durch Ausfällen gewisser wohlbekannter Stoffe Nierensteine

entstehen, bekannt ist und hauptsächlich von der Zusammensetzung der Nahrung abhängt, so müßte die Diätetik die Verhinderung des Ausfällens bewirken können.

In Bezug auf die Prophylaxe der harnsauren Nierensteine wissen wir, daß reichliche Flüssigkeitszufuhr durch Vermehrung des Harnwassers die Lösung erleichtert und daß pflanzliche Nahrung, indem sie dem Urin kohlensaure Alkalien zuführt, dessen Reaction in einer der Harnsäurelösung günstigen Weise beeinflußt. Trotz sorgfältiger Befolgung solcher diätetischen Rathschläge bildet sich jedoch oft ein Harnsäuresediment.

In Bezug auf die weitere Erforschung des Problems der Harnsäureniederschläge sind zwei Fälle zu unterscheiden; einmal besteht das Sediment aus saurem harnsauren Natron, das andere Mal aus reiner Harnsäure; im Blut liegen die Verhältnisse einfacher, indem hier nur saure harnsaure Salze in Lösung gehalten sind und im pathologischen Falle niedergerissen werden.

Fragt man, worauf die Verschiedenheit der Harnsedimente beruht, so darf man annehmen, daß saures harnsaures Alkali die gewöhnliche Daseinsform der Harnsäure im Urin darstellt, sofern genügende Mengen Alkalien mit der Nahrung aufgenommen sind. Ist in diesem Falle die Harnwassermenge nicht groß genug, so fällt bei großer Concentration schon im erkaltenden Urin das Urat aus. Fehlt dagegen Alkali in der Nahrung (bei fleischreicher, pflanzenarmer Kost), so wird die Harnsäure als schwer lösliche Säure die erste sein, die zum Ausfällen kommt, sie wird um so mehr ausfallen, je mehr Salze der Urin enthält.

In vielen Fällen bleibt aber trotz gemischter Kost eine Ausscheidung reiner Harnsäure bestehen. K. legte sich daher die Frage vor, ob bei der Ausfällung der Harnsäure eine bisher wenig beachtete Säure, nämlich die Kohlensäure, die Mitschuld trüge. — Als Quelle der Urinkohlensäure kommen zunächst die Carbonate in Betracht, die aus dem Blut in den Urin übertreten. Bei saurer Reaction des letzteren setzen sich dann die kohlensauren Salze mit den sauren Salzen um und es entsteht freie Kohlensäure, die zur Absorption kommt. Deren Menge wird also wohl am größten sein, wenn kohlensaure Salze in der Nahrung enthalten sind.

Da pflanzensaure Salze zu Carbonaten im Körper verbrannt werden, so wird man auch nach Obst und Gemüsegenuß reichlich Kohlensäure im Urin erwarten dürfen, wenn der Urin sauer ist.

K.'s Untersuchungen richteten sich nun auf zwei Punkte:

1) Welche Einwirkung hat die Kohlensäure auf Lösungsverhältnisse der Harnsäure und ihrer Salze?

2) Wie groß ist der Gehalt des Urins an physikali absorbirter Kohlensäure unter verschiedenen Ernährung dingungen?

Zuerst prüfte K. die Einwirkung der Kohlensäure Lösungen von saurem harnsauren Natron in Wasser 2proc. Harnstofflösung, sowie in urinähnlichen Sal ungen.

Die Tabelle zeigt, daß aus Wasser und wässer Harnstofflösung saures harnsaures Natron durch den Koh säurestrom zum Theil ausgefällt wird, während in Lösu von Kochsalz, Chlorkalium und Phosphaten die Löslich des sauren harnsauren Natrons erhöht wird.

Hiernach beruht offenbar die Einwirkung der Koh säure mehr auf physikalischen Factoren als auf chemi Umsetzung. K. ging daher dazu über, Urin mit Koh säure zu durchströmen und die Löslichkeit der Harns und ihrer Salze vor und nach der Durchströmung zu stimmen. — Die Durchsicht der Versuchsreihe ergiebt gendes:

1) Die Acidität des Urins, ausgedrückt durch das hältniss der Gesammtphosphorsäure zu den sauren P phaten, wird durch die Einwirkung der Kohlensäure verändert.

2) Reine Harnsäure wird durch die Kohlensäur Ausscheidung gebracht.

3) Saures harnsaures Natron wird durch Einwi von CO_2 in Urin gelöst.

4) Saures harnsaures Kali wird ebenfalls durch wirkung von CO_2 in Urin gelöst.

Aus den berichteten Versuchen ist also die Schlußfo ung zu ziehen, daß die freie Kohlensäure des Urin Löslichkeit der freien Harnsäure im Urin erschwert, da die Löslichkeit der Urate erleichtert.

K. unternahm es dann, den Gehalt des menschl Urins an freier Kohlensäure unter verschiedenen Lebe dingungen zu studiren, was in diesem Zusammenh seines Wissens bisher nicht versucht worden ist.

Die CO_2-Bestimmungen wurden so angestellt, da Wasserstoffstrom durch den Urin geleitet wurde. Die suchspersonen waren jüngere Männer, von denen ein Nierenkoliken überstanden hatte.

Bei einer Nahrung, die nur aus Fleisch und s kochtem Wasser bestand, und bei mäßiger Bewegung b das 24stündige Gesammt-CO_2 des Urins nur 6,9 ccm. das aufgenommene Wasser mit CO_2 imprägnirt war u Bewegung bedeutend stärker, stieg die Menge auf 55,8

durch Zusatz von NaH CO_3 zum Wasser auf 83,2 und durch gleichzeitige Aufnahme von $NaHCO_3$ und CO_2 auf 147.

Man kann daraus ableiten, daß die Niere für die Blutkohlensäure durchlässig sei. Es ist klar, daß ein Einfluß der Kohlensäure auf die Lösung von Harnsäure und Uraten immer nur neben den anderen wesentlichen Factoren in Frage kommen wird, das sind: der Gehalt an Harnsäure einerseits und das Verhältniss von Basen und Säuren andererseits.

Aus den Beobachtungen K.'s, die in sechs Versuchsreihen wiedergegeben sind, geht also hervor, daß bei absoluter Fleischdiät der CO_2-Gehalt des Urins sehr gering ist, während er sehr beträchtlich ist bei Einnahme von kohlensaurem Natron und im sauren Urin. Dies beruht darauf, daß das Carbonat in den Urin übergeht und hier durch die sauren Salze zersetzt wird.

Andererseits zeigt sich, daß nach Genuß von CO_2haltigem Wasser, sowie von Bier und Milch nicht wenig CO_2 in den Urin übertritt, ebenso wie nach Bewegungen oft mittlere Mengen CO_2 im Urin gefunden werden. Es ist hierdurch als festgestellt zu betrachten, daß die freie Blutkohlensäure durch die Niere diffundiren kann.

Nicht anders ist es zu erklären, wenn nach dem Genuß alkoholischer CO_2haltiger Wässer sehr reichlich CO_2 im Urin enthalten ist, trotzdem der Urin alkalisch ist.

Wenn vegetarische Kost die CO_2-Menge des Urins nicht allzusehr in die Höhe treibt, so liegt das wohl daran, daß in Gemüsen und Früchten wohl pflanzliche Säuren, die zu CO_2 verbrannt werden, nicht aber in jedem Fall die nothwendigen Mengen von Basen enthalten sind, um die Bildung von Carbonat zu ermöglichen.

Wenn es gilt, die Ursache einer Sedimentbildung von Harnsäure oder harnsauren Salzen aufzuklären, wird man in Zukunft auch den CO_2-Gehalt des Urins in Betracht ziehen müssen. Niederer CO_2-Gehalt erleichtert bei saurer Reaction das Ausfallen der reinen Harnsäure. Bei schwach alkalischer Reaction befördert ein hoher CO_2-Gehalt die Lösung der harnsauren Salze.

Es führt also die Betrachtung zu folgender Schlußfolgerung für die Diät der Uratiker:

Man sorge für eine der neutralen sich nähernde Reaction und hohen CO_2-Gehalt des Urins, indem man bei gemischter Diät den Genuß alkalischer CO_2haltiger Mineralwässer verordnet.

Die Tannoform-Behandlung der Nachtschweisse der Phthisiker empfiehlt A. Nolda in Monreux (Berliner Klinische Wochenschr. 26/01) auf das Wärmste.

Vor kurzem machte J. Strasburger Mittheilungen aus der Bonner medizinischen Klinik über Behandlung der Nachtschweiße der Phthisiker mit Tannoform, einem Kondensationsprodukt von Tannin und Formaldehyd, das sich gegen Fußschweiße oder andere lokale Hyperhidrosen seit langem bewährt, bis dahin aber noch nicht gegen Schweiße der Phthisiker angewandt war. Die erzielten günstigen Erfolge, die Einfachheit der Anwendung (Einpuderung oder Einreibung der Körperstellen, welche zum Schwitzen neigen, mit einem Theile Tannoform auf zwei Theile Talcum venetum), das Fehlen von unangenehmen Nebenwirkungen (nur in zwei Fällen wurde über Brennen und Jucken der Haut geklagt), sowie die Ungiftigkeit des Mittels bestimmten N., dasselbe in Anwendung zu bringen.

Bei zwölf Kranken mit Nachtschweißen ist nun die Tannoform-Behandlung zum Abschluß gelangt. Es handelte sich um acht leichtere Kranke ohne Fieber oder mit ganz geringen, subfebrilen Temperaturen, und vier schwere Fälle mit hohem Fieber. Es war in acht Fällen mit mäßigen Nachtschweißen siebenmal ein voller Erfolg zu verzeichnen, während in dem achten Falle nur eine Besserung, aber kein vollständiges Aufhören der Transpiration eintrat. In den vier Fällen mit sehr starker Transpiration waren bei drei Kranken die Nachtschweiße vollkommen verschwunden, bei einem Kranken eine Besserung eingetreten. Das ist gewiß ein recht erfreuliches Resultat. Die Stimmung wurde infolge des Aufhörens der Nachtschweiße besser, der Appetit hob sich nach Aussetzen des Atropins und damit kräftigte sich der Allgemeinzustand. Zweimal wurde über mäßiges Hautjucken und Brennen, das schon in einigen Fällen von Strasburger beobachtet wurde, von Patienten mit sehr empfindlicher Haut geklagt. Dieses Symptom verschwand aber bald. Irgend welche andere üble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Wir haben mithin in dem Tannoform ein vorzügliches, wenn nicht das beste Mittel gegen die Nachtschweiße der Phthisiker. Dabei ist es völlig ungiftig und seine Anwendung ist so einfach, daß die meisten Patienten, wenigstens bei mäßigen Nachtschweißen, die Einreibungen selbst machen können. Dann genügt nämlich fast immer eine Einreibung der Brust, während in den schweren Fällen Brust, Nacken und Rücken von einem Angehörigen oder einem Wärter eingerieben werden mußten. Auch an den nicht eingeriebenen Stellen (Arme und Beine) hörte darnach die früher bestandene Transpiration dieser Körpertheile vollkommen auf.

Was nun die Technik anbetrifft, so reibt man einfach das Tannoformstreupulver mit der flachen Hand in die Haut ein. Dann gelangt das Pulver gut in die Ausführungsgänge

der Schweißdrüsen. Auch muß man Morgens die eingeriebenen Hautpartien mit Franzbranntwein abreiben und diese Franzbranntwein-Waschungen kurz vor dem Einreiben des Pulvers Abends wiederholen, damit die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen gut gereinigt und ganz offen sind. Auffallend ist die Thatsache, daß in drei der vier schweren fiebernden Fälle mit dem Aufhören der Schweiße die Temperatur normal oder fast normal wurde, während in dem vierten Falle ein mäßiges Sinken des Fiebers eintrat.

Um es dem Praktiker zu ermöglichen, die **Lichttherapie,** die bisher nur mit umfangreichem Apparate und in besonderen Heilanstalten zu üben ist, in seinen Heilschatz einzuführen und auch in der Sprechstunde anzuwenden, hat L. Laquer (Frankfurt a. M.) einen Apparat construiren lassen, der handlich und relativ billig (er kostet 120 Mk.) ist und dabei gestattet, die combinirten thermischen und elektrischen Reize, welche die Lichtbäder bieten, mehr zu lokalisiren, als es bei den bisherigen Bogenlichtbestrahlungen und in den Lichtkästen möglich schien. Der Apparat, für den sich das Elektrotechnische Institut in Frankfurt a. M., das ihn herstellte, den Namen Heliodor hat schützen lassen, besteht aus einem wenig Raum beanspruchenden Stativ, an dem sich durch Schraubenvorrichtung eine wagerechte Stange bewegen läßt, welche an ihrem Ende den vorn offenen Lichtkasten trägt. Dieser birgt in seiner Tiefe sechs sechzehnkerzige Glühlampen, die durch Leitungsschnur und Stechcontact an jede Leitung angeschlossen werden können; er ist, um Licht und Wärme besser zu reflectiren, innen vernickelt, nach vorn durch sechs dünne Querbalken abgeschlossen und durch Handhabung der erwähnten Schraube leicht in eine der zu behandelnden Körperregion angepaßte Stellung zu bringen.

Die Kranken werden so vor den Apparat gesetzt, daß die zu bestrahlende Körperstelle, die völlig unbedeckt oder nur mit hellem Unterkleid bedeckt ist, 10—20 cm von den Querbalken entfernt ist.

Nach 10—15 Minuten steigt die an der Hautoberfläche selber durch ein mit Gummischnürchen eng angelegtes Thermometer gemessene Temperatur um 10 — 15° C. Es tritt dabei eine ausgebreitete Hautröthe mit leichter Schweißbildung ein. Durch Aus- und Einschalten von je zwei Lampen lassen sich die Strahlen noch enger lokalisiren, so daß z. B. bei Hemikranie, Gesichtsschmerzen u. dergl. nur das Hinterhaupt oder einzelne Gesichtspartien beleuchtet werden.

Die Glühlampen sind aus mattweißem oder blauem Glas gefertigt, theils um die Blendwirkung zu vermeiden, theils weil bei den ersten Versuchen, die Laquer mit durchsich-

tigen hellen Glasbirnen anstellte, die Hitzwirkung oft zu intensiv (bis zu 50° C. und mehr) war.

Die Anwendung dieser Methode kann drei- bis viermal wöchentlich geschehen und soll die Zeitdauer von 10—15 Minuten für jede einzelne Körperstelle nicht überschreiten.

Laquer hat diese Art der Lichtbehandlung in 18 Fällen von Nerven- und Muskelerkrankung angewandt, in einigen (z. B. bei nervösem Asthma, Schreibkrampf, Trigeminusneuralgie, Ischias) mit deutlichem Erfolge. Alle seine Patienten rühmten die angenehmen Wirkungen dieser Lichtwärmeanwendungen und gaben ihnen vor strahlender Wärme in anderer Form oder warmen Umschlägen den Vorzug. Schädliche Nebenwirkungen auf das Allgemeinbefinden der Kranken kamen nicht zur Beobachtung.

Laquer kommt danach zu folgendem Schluß: „Die Anwendung von örtlichen elektrischen Licht- und Wärmereizen auf die unbedeckte oder leicht verhüllte Oberhaut übt, wenn die erzielte Temperatur 40—45° C. nicht überschreitet, eine beruhigende Wirkung auf Neuralgien und auf sonstige motorische und sensible Reizerscheinungen aus und wirkt anregend bei einzelnen Formen von functionellen Nervenstörungen."

(Deutsche med. Wochenschrift 22. 01.)

Die neueren Behandlungsweisen der Syphilis. Von Dr. M. Dreysel, Leipzig. (Reichs Med.-Anz. 13. 01.) Wenn auch heute noch, wie vor ein paar hundert Jahren, das Quecksilber unser Hauptmittel im Kampfe gegen die Syphilis ist, so haben doch Form und Art der Anwendung vor allem in neuerer Zeit wesentliche Aenderung erfahren So sind die Quecksilberräucherungen wenigstens für unsere Gegenden fast ganz ausser Gebrauch gekommen, auch die Einverleibung des Hg's per os, in Frankreich zwar noch häufig angewendet, ist im allgemeinen gegen früher eine bedeutend seltenere geworden. Die Schmierkur allerdings hat seit dem Mittelalter ihren Platz zu behaupten vermocht, sie gilt auch heute noch als eine der besten Methoden der Hg-Anwendung; freilich sind im Laufe der Jahre, und besonders in jüngster Zeit, Zusammensetzung der Salbe und Technik der Methode ausserordentlich modifizirt worden. Schon seit Hebra's und Siegmund's Zeiten hat man die barbarische Durchführung der Kur bis zur vollständigen Sättigung des Organismus mit Hg, bis zur ergiebigen Salivation, verlassen und hat sich bemüht, die energische Wirkung des Merkur zwar voll auszunutzen, die schädlichen Nebenwirkungen aber thunlichst zu vermeiden.

Um die Durchführung der Schmierkur bequemer und für den Kranken weniger unangenehm zu gestalten, wählte

man statt der Salben- die Seifenform. So gab schon im Jahre 1882 Oberlaender eine weisse Merkur Kaliseifensalbe an, die nach 2–3 Minuten Zeit verrieben sein soll. Schuster[1]) liess eine 33⅓% Merkur-Natron-Seife herstellen. Unna lässt Einreibungen mit dem von ihm eingeführten Sapo ciner. unguinosus machen; 3—4 gr der Seife werden oberflächlich verstrichen, dann durch mehrmaliges Eintauchen der Hand in heisses Wasser verschäumt und 10—15 Minuten bis zum Trockenwerden verrieben. Die trockene Seifendecke bleibt wie bei der gewöhnlichen Schmierkur bis zum üblichen Reinigungsbade auf der Haut.

Von anderer Seite wurde die Salbenform beibehalten, aber statt des alten Konstituens Schweinefett wurden andere, weniger fettende, leichter verreibbare Substanzen gewählt, Ledermann empfahl im Jahre 1894 als Salbengrundlage das Resorbin. Diese Resorbinquecksilbersalbe, hat in der That manche Vortheile; sie lässt sich leicht in die Haut hineinmassiren (es sind nur ca. 10 Minuten für eine Einreibung nöthig), auch wird die Wäsche weniger beschmutzt. Vor allem ist die Dispensation in graduirten Tuben sehr bequem und, weil billig, auch in der Kassenpraxis verwendbar. Neuerdings hat die Fabrik der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation in Berlin eine mit Zinnober rothgefärbte Resorbinquecksilbersalbe in den Handel gebracht, bei welcher die ominöse, verrätherische Farbe der grauen Salbe vollständig wegfällt.

Das Hg-Vasogen von A. Philippson[2]) soll gleichfalls beim Einreiben rascher verschwinden, doch bleibt die Haut danach längere Zeltig fettig.

K. Herxheimer[3]) suchte das raschere Eindringen der Salbe durch eine besondere Technik zu erreichen. Er empfahl zu diesem Zwecke seine Einklatschungen, die auch von der Haut besser vertragen werden sollen als die Einreibungen.

Wesentliche Fortschritte bei der endermatischen Hg-Einverleibung konnten jedoch erst erreicht werden, nachdem die Wege, auf denen das Quecksilber bei dieser Methode resorbirt wird, genauer studirt waren. Man war bisher der Meinung gewesen, dass zum mindesten der Haupttheil des Hg's bei der Schmierkur direkt durch die Haut hindurch massirt werde und auf diesem Wege in den Kreislauf gelange. Einen Umschwung in diesen Anschauungen brachten die Untersuchungen von Merget[4]). Nach Merget erfolgt

[1]) Schuster. Verhandl. deutsch. Naturforschr. und Aerzte, Düsseldorf 1898. cf. „Der Pract. Arzt" No. V. 01.
[2]) A. Philippson, Mon. Therap. 1896.
[3]) K. Herxheimer, Therap. Monatshefte 1896, Nr. 2.
[4]) A. Merget, Mercuse, Paris 1894.

die Resorption des Hg's ausschliesslich durch die Lungenathmung, also in dampfförmigem Zustande. Zahlreiche Autoren haben sich seitdem mit dieser sowohl theoretisch als auch praktisch wichtigen Frage beschäftigt. Volle Klärung ist noch nicht geschaffen, doch geht aus all' diesen Arbeiten hervor, dass ein direktes Uebergehen des bei der Einreibungskur in die Talgdrüsen und Haartaschen eingepressten Quecksilbers in den Kreislauf zum mindesten zweifelhaft ist, und dass jedenfalls ein grosser Theil des Hg's im gasförmigen Zustande, also durch die Athmung, Lungen- und z. T. wenigstens, auch Hautathmung aufgenommen wird.

Merget selbst war es, der zuerst aus seinen Untersuchungen die Schlussfolgerungen für die Therapie zog; er empfahl an Stelle der Einreibungskur seine Flanelles mercurielles, die um den Hals getragen oder unter das Kopfkissen gelegt wurden. Auch bei der von Welander[1]) im Jahre 1893 angegebenen Ueberstreichungskur, bei der die Salbe nicht eingerieben, sondern nur aufgestrichen wird, soll eine Wirkung durch Einathmen des verdampften Hg's erzielt werden. Ganz analog wirkt die Unna'sche Pflastermethode (abwechselndes Einwickeln einzelner Körperbezirke, vor allem der Extremitäten, mit grauem Pflaster), die wegen ihrer milden Wirkung sich vor allem für kleine Kinder eignet.

Durchaus konsequent war es nur, wenn Welander[2]) noch einen Schritt weiter ging und die Salbe nicht mehr auf die Haut selbst, sondern in einem Säckchen aus Leinewand, das der Kranke Tag und Nacht auf Brust und Rücken tragen soll, aufstreichen liess. W. lässt täglich auf der Innenfläche des Säckchens, das 50 cm lang und 40 cm breit ist, 6 gr graue Salbe ausbreiten. Die zweifellos äusserst bequeme Welander'sche Säckchenmethode erfuhr bald mancherlei Modifikationen und Verbesserungen, die hauptsächlich eine Beseitigung des unangenehmen Gefühles des fettigen Säckchens zu erreichen strebten. So bestreute S. Ahmann[3]), ein Schüler Welanders, das Säckchen mit dem von A. Blomquist[4]) hergestellten Merkuriol. Merkuriol, ein aus metallischem Quecksilber verfertigtes Präparat, stellt ein graues, lockeres, fest anhaftendes Pulver dar. Siebert[5]) verwendet zur Füllung des Säckchens Hydr. cum creta, das aus 40 Theilen Hg und 60 Theilen Kreide besteht; 10 gr des Pulvers werden in ein Säckchen aus Lint gestreut, letzteres

[1]) Welander, Arch. f. Derm. u. Syph. Ergänzungsheft 1893.
[2]) Welander, Arch. f. Derm. u. Syph. 1897, Bd. 40, 1898, Bd. 46, 1899, Bd. 49.
[3]) S. Ahmann, Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 48.
[4]) A. Blomquist, Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 48.
[5]) Siebert, Versammlung deutsch. Naturforscher und Aerzte, München 1899.

wird auf dem Körper getragen und alle 4—6 Tage gewechselt. S. empfiehlt seine Methode wegen der Milde der Wirkung vor allem zur Behandlung der Syphilis infantilis. Von der Firma Beiersdorf liess Blaschko[1]) einen Stoff, Merkolint genannt, herstellen, der als Ersatz der Welander'schen Säckchen dienen soll. Merkolint ist ein Baumwollenstoff, der mit einer 90% Hg enthaltenden Salbe derartig imprägnirt ist, dass nichts von der Salbe am Stoffe wahrnehmbar und ein Beschmutzen der Haut oder der Wäsche ausgeschlossen ist. Von dem Stoffe wird ein Schurz Tag und Nacht auf der Brust getragen.

Bei der Methode von Kutner[2]) kommt die graue Salbe mit der Haut überhaupt nicht mehr in irgend welche Berührung. Die Salbe wird vielmehr in einem geschlossenen Kasten durch eine Vorrichtung, die der Kranke selbst in Thätigkeit setzen kann, ausgiebig verrieben. Allen sich auf diese Weise entwickelnden Hg-Dampf athmet der Kranke mittels einer Maske und eines vom Kasten ausgehenden Schlauches ein. K. lässt den Kranken täglich ½—1 Stunde einathmen und hat mit dieser Methode befriedigende Resultate erzielt.

Allen den genannten Ersatzmitteln der Schmierkur wird eine gewisse Wirksamkeit sicherlich zugestanden werden müssen, doch sind sie ebenbürtig der Schmierkur jedenfalls nicht. Es muss daran festgehalten werden, dass in allen Fällen, wo eine endermatische Hg-Einverleibung und energische Hg-Wirkung angezeigt ist, die Schmierkur, oder wenigstes die Ueberstreichungskur in Anwendung zu kommen hat. Diese beiden wirken zweifellos energischer als alle Ersatzmethoden, und zwar wohl vor allem deshalb, weil bei ihnen die Verdunstungsfläche eine sehr grosse ist, also mehr Hg als bei den genannten Modifikationen verdunsten und infolge dessen auch mehr von Lungen und Haut aufgenommen werden kann. Anderseits muss aber zugegeben werden, dass die Ersatzmethoden sich häufig mit Vortheil verwenden lassen, vor allem dann, wenn eine milde Hg-Wirkung erwünscht ist, so z. B. bei den Nebenkuren im Fournier-Neisser'schen Sinne. Besonders empfehlenswerth ist für solche Fälle der Blaschko'sche Merkolintschurz.

Die zahlreichen Mängel der Einreibungskur, ihre Unbequemlichkeit, Unsauberkeit, das Unwissenschaftliche der ganzen Methode haben in den 60er Jahren Scarenzio und Lewin zur Einführung der Hg-Injektionen in die Syphilistherapie bewogen. Die mannigfachen Vorzüge der subkutanen Hg-Einverleibung, ihre absolute Sauberkeit,

[1]) Blaschko, Berliner klin. Wochenschrift, 1899, N. 46.
[2]) Kutner, Berl. klin. Wochenschrift, 1900, N. 2.

die Möglichkeit ihrer Durchführung an ambulanten Kranken in Unabhängigkeit von Wohnungs- und Berufsverhältnissen, die viel leichtere Möglichkeit einer Geheimhaltung, haben dieser Methode zahlreiche Anhänger verschafft, und dies umso mehr, als das Verfahren ein durchaus wissenschaftliches ist, da es eine genaue Dosirung des einverleibten Quecksilbers ermöglicht. Es würde zu weit führen, alle zur Injektion empfohlenen und versuchten Hg-Präparate hier anzuführen. Etwas näher eingehen wollen wir nur auf die unlöslichen Präparate, da diese für eine ambulante Behandlung ganz besonders geeignet sind. Hydr. salicyl. und ol. ciner. benzoat. (Neisser) verdienen hervorgehoben zu werden. Kalomel, das zwar am energischsten von allen wirkt, kann wegen der zu häufig auftretenden, sehr schmerzhaften Infiltrate nur eine beschränkte Anwendung finden. Hydr. thymol. acet. steht bezüglich der Wirksamkeit dem Hydr. salicyl. ungefähr gleich, wird aber im allgemeinen weniger gut vertragen. Das Salicylquecksilber wirkt energisch und rasch, wird meist sehr gut vertragen, eignet sich für frische und ältere Fälle und ist wohl dasjenige Präparat, das am meisten Beachtung verdient. Das von Neisser angegebene Ol. ciner. benzoat. wirkt mild und langsam, dafür aber protrahirter, es macht meist so gut wie keine Beschwerden. Es ist vor allem für ältere Fälle brauchbar, jedenfalls nicht für solche, bei denen eine rasche und energische Wirkung nöthig ist.

Drei Vorwürfe sind es vor allem, die gegen die Injektionen unlöslicher Präparate erhoben werden: Sie sollen sehr schmerzhafte Infiltrate verursachen, die Intoxikationsgefahr soll bei ihnen eine grosse, und Lungenembolien nicht allzuselten sein.

Gewiß haftet auch den Injecktionen mit Hg salicyl. eine gewisse Schmerzhaftigkeit an, gewiß kommt es dabei bisweilen auch zu stärkeren Infiltraten, aber man findet doch recht wenig Kranke, bei denen diese Art der Behandlung wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit nicht durchführbar wäre. Im Gegentheil! Wenn man mit kleinen Dosen beginnt und nur ganz allmählich steigt, dann werden die Injektionen in der überwiegend großen Mehrzahl der Fälle ganz vorzüglich vertragen. Kranke, die bereits Einreibungs- und Einspritzungskur erprobt, ziehen für spätere Kuren fast immer die Injektionen vor. Auch der Umstand, dass die Injektionen sich bei Kavallerieoffizieren fast immer anstandslos durchführen lassen, spricht dafür, dass der Vorwurf zu großer Schmerzhaftigkeit nicht berechtigt ist.

Zur Vermeidung der Schmerzhaftigkeit hat Epstein[1]) dem Salicylquecksilberparaffin Orthoform beigemischt und

[1]) Epstein, Dermatolog. Centralbl., Bd. III, S. 5.

damit im allgemeinen gute Erfolge erzielt. Zu empfehlen ist ein derartiges Vorgehen wegen der Gefahr einer Orthoformvergiftung jedoch nicht.

Auch die Intoxikationsgefahr ist bei den unlöslichen Präparaten sicherlich keine große. Man wird mit kleinen Dosen beginnen, wird zusehen, wie sich der Organismus dem Hg gegenüber verhält, wird rasch Klarheit gewinnen, ob vielleicht eine Idiosynkrasie vorhanden ist und wird auf diese Weise zweifellos eine ernstere Intoxikation so gut wie immer mit Sicherheit vermeiden können.

Der 3. Vorwurf, der der Emboliebildung, ist vor allem in neuerer Zeit erhoben worden. D.'s Ansicht nach wird auch diese Gefahr zu sehr überschätzt. Es muß zugegeben werden, dass Paraffinembolien bei dieser Methode vorkommen, es muß ferner zugegeben werden, daß auch bei Beachtung der angegebenen Vorsichtsmassregeln — Abnahme der Spritzen nach Einstechen der Kanüle und Abwarten, ob Blut aus der Kanüle fließt, Wahl der oberen und äusseren Circumferenz der Nates — eine Embolie sich nicht mit Sicherheit vermeiden lässt, aber betont muß werden, daß diese Embolien doch recht selten vorkommen, Blaschko sah bei 50000 Injektionen nur 12, und ferner, daß sie sehr harmloser Natur sind; sie verursachen nur geringe, rasch vorübergehende Beschwerden und führen zur Arbeitsunfähigkeit fast überhaupt nicht.

Nebenbei sei hier noch bemerkt, daß Bacelli vorgeschlagen hat, Sublimat intravenös zu injiziren. Eine derartige Methode ist gewiß sehr energisch, eignet sich aber aus leicht ersichtlichen Gründen nicht für die allgemeine Praxis.

(Schluß folgt.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Zur Behandlung der Bauchschüsse. Von W. Petersen. (Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.) (Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.) In der Abhandlung erörtert P. zunächst die Gründe für die unerwartet guten Resultate, zu welchen die konservative Behandlung der Bauchschüsse im südafrikanischen Kriege geführt hat. Ein Theil der Geheilten hatte penetrirende Schüsse ohne Perforation erhalten; in einem anderen war es zu Perforation, umschriebener Abscessbildung und Entleerung des Eiters nach außen oder durch den Darm gekommen; in einer 3. Gruppe hatte sich die Schußöffnung in den Därmen in Folge ihrer Kleinheit durch Vorfall der Schleimhaut spontan und

Dank der Leere der Eingeweide ohne erhebliche Infektion des Bauchfelles geschlossen. Es waren also für die Selbstheilung der Bauchschüsse besonders günstige Bedingungen vorhanden, während bei den der Operation unterworfenen Fällen sehr mangelhafte und ungünstige äußere Verhältnisse die schlechteren Erfolge chirurgischen Eingreifens verursacht haben. Im Gegensatze hierzu sind im Frieden die Bedingungen der Operation viel bessere und die der Naturheilung erheblich schlechtere, da die Verletzungen meist durch Geschosse von weit geringerer Durchschlagskraft und oft auch von größerem Kaliber veranlaßt werden und mehr oder minder gefüllte Eingeweide betreffen. Mit Recht weist deßhalb auch P. darauf hin, daß die Erfahrungen des südafrikanischen Krieges bezüglich der Behandlung der Bauchschüsse in keiner Weise für unsere Friedensverhältnisse maßgebend sein dürfen, und verlangt bei jedem Bauchschusse im Frieden bei dringendem Verdachte auf Perforation die sofortige Operation und in zweifelhaften Fällen den Probeschnitt, während er die abwartende Behandlung höchstens dann als zulässig erachtet, wenn dauernde sachgemäße Aufsicht vorhanden ist. Gestützt werden diese Forderungen durch die Resultate der Behandlung von 11 Fällen von Bauchschüssen, die in der Heidelberger Klinik seit 1882 aufgenommen waren. 8 derselben sind konservativ behandelt worden; davon kam eine Schußverletzung des Magenfundus davon, während ein Darmschuß und ein Fall von Leber- und Aortaverletzung im Collaps zu Grunde gingen. Von den 8 Operirten wurden 5 (3, 13, 23, 24 und 40 Stunden post trauma laparotomirt) geheilt, starben 3 (1 Böllerschußverletzung und 2 vorher außerhalb der Klinik mit Eis und Opium behandelte und mit Peritonitis aufgenommene); die ersteren 5 wären ohne Operation verloren gewesen.

(Centralblatt f. Chirurgie.)

Ueber einige neuere Heilmittel bei der Behandlung von Augenkrankheiten. Von Dr. J. Herrnheiser. (Schluß zu S. 139.) Die Erfahrungen über das Protargol lauten dahin, daß wir in diesem ein sehr zweckmäßiges, in gewissen Fällen hervorragend wirkendes Heilmittel gewonnen haben. Als einen besonderen Vorzug betrachten wir den Umstand, daß wir das Protargol auf die erkrankte Schleimhaut längere Zeit einwirken lassen können, während wir bei der Anwendung des Argentum nitricum gezwungen sind, sofort nach geschehener Bepinselung der Bindehaut mit Salzwasser nachzuspülen oder der Thränenflüssigkeit die Neutralisirung des Ueberschusses zu überlassen.

Die Protargollösung wird bei abgezogenem unteren Lide in den Bindehautsack eingeträufelt, bis derselbe ganz

gefüllt ist. Das untere Lid wird in dieser Position eine Minute lang gehalten, ein Zeitraum der ausreicht, um alle Nischen und Taschen gründlich auszuspülen und eine gewisse Tiefenwirkung des Mittels zu erzielen. Selbst bei dieser relativ langen Einwirkung ist der Reizzustand in den meisten Fällen ein ungleich geringerer, als bei der Lösung von Silbernitrat. Es kann auch bei der verschiedenen Natur beider Mittel nicht anders sein, denn während das Argent. nitricum 65 Proc. Silber enthält, beträgt bei Protargol das Prozentverhältniß 8,3. So ist es auch leicht verständlich, daß die Conzentrationsgrade bedeutende Verschiedenheiten aufweisen müssen.

Besonders glänzend bewährt sich Protargol bei der Behandlung der chronischen Thränensackblennorrhoe. Man kann behaupten, daß es bis jetzt das souveränste Mittel ist, das uns hier zur Verfügung steht. In der Behandlung dieser Krankheit, die ein wahres Kreuz für den Patienten wie für den Arzt darstellt, ist insoferne eine Wendung zum Besseren eingetreten, als die langwierige brüske Behandlung — das Sondiren des Thränennasenganges oder gar das Einlegen von Dauersonden — einer milderen Therapie Platz gemacht hat, jedoch mit einer gewissen Einschränkung.

Ein Mittel, welches in neuerer Zeit, namentlich von Seite der Internisten und Neurologen warm empfohlen wird, macht auch in der Augenheilkunde viel von sich reden. Es ist dies das Dionin, welches besonders von Wolffberg (Breslau) in hervorragender Weise gerühmt wird.

Eine zufällige Beobachtung hatte Wolffberg gelehrt, daß nach dem Einbringen von Dionin, sei es in wässeriger Lösung oder in Substanz, eine mächtige Chemose der Bindehaut entsteht, eine Erscheinung, die er als Lymphstauung der Conjunctiva ansprach. Wolffberg plaidirt für eine mannigfache Verwendung dieses Mittels.

In einer Reihe von Publikationen, die in der „Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges“ (1899, No. 46, 1900, No. 1, 4 u. ff.) erschienen, macht W. auf dieses neue Mittel, dessen Heilwerth er nicht genug rühmen kann, aufmerksam. Während er früher seine Versuche mit Peronin (Benzylmorphin) anstellte, ging er dann zum Dionin über. Dionin ist das salzsaure Salz des Monoäthyläthers des Morphiums und zeichnet sich gegenüber Peronin durch leichtere Löslichkeit und Schmelzbarkeit aus. Die vergleichenden Versuche mit Morphin und seinen Derivaten Codeïn, Heroin, Peronin und Dionin ergaben nur beim Peronin und Dionin positive Resultate. Das Dionin verdient wegen seiner obenerwähnten Eigenschaften den Vorzug.

Was die Anwendungsweise des Mittels anbelangt, so wurde es sowohl in Lösungen von 2 Proz. bis 10 Proz. in

Gebrauch gezogen, gewisse Uebelstände aber legten es Wolffberg nahe, es mit einer anderen Applikationsweise zu versuchen. Als beste Form fand er 10—25 proz. Dionin-Kakaoölstäbchen. Die Stäbchen sind 4—6 mm lang und lassen sich weder mit den Fingern, noch mit den üblichen Pincetten fassen. „Am einfachsten" gelingt es, mit einer aus Pappendeckel improvisirten Pincette ein Stäbchen zu nehmen und in den Bindehautsack zu bringen, worauf man das Auge schließt und einige Minuten mit Watte bedecken läßt. Das Stäbchen schmilzt sofort und die erste Dioninwirkung ist nach wenigen Sekunden bereits in der lebhaften allgemeinen und Ciliarinjektion in der Conjunctiva bulbi zu erkennen. Nach der Applikation empfinden die Patienten ein Brennen im Auge. In 2 — 3 Minuten stellt sich ein Oedem der Lidränder ein, das Lid schwillt an, das Auge ist wegen der Lidschwellung kaum zu öffnen. Die Bindehaut des Lides wird aufgelockert, die Coojunctiva des Augapfels zeigt bedeutende Chemose. Die stürmischen Erscheinungen dauern verschieden lange an (von 2—18 Stunden) und klingen dann allmählich ab. Gleich anderen Autoren kann H. aber bestätigen, daß die scheinbar bedrohlichen Erscheinungen nur in den ersten Tagen der Dioninbehandlung auftreten und, je länger das Mittel angewendet wird, um so milder sich einstellen.

Einen äußerst empfehlenden Bericht über Dionin gab Dr. Bloch, der es namentlich als ein sehr wirksames Heilmittel zur Aufhellung sehr dichter Hornhauttrübungen preist. Bloch giebt zur 1proz. gelben Quecksilberoxydsalbe noch einen Zusatz von 5 Proz. Dionin. Das Einstreichen der Salbe und das Massiren des Auges läßt er am Abend vor dem Schlafengehen vornehmen in der Absicht, während der Nacht die lymphtreibende Wirkung des Dionins für den Patienten und dessen Umgebung unbemerkbar zu machen: denn bis zum nächsten Morgen sind die allenfalls kommenden stärkeren Schwellungen der Conjunctiva und des Lides wieder geschwunden. Bloch giebt an, daß er bei vielen mit dichten Hornhauttrübungen behafteten Personen, die er vor Jahren ohne nennenswerthen Erfolg mit Kalomeleinstäubungen oder Massage behandelt hatte, durch die Wiederaufnahme der Behandlung mit der Dionin-Quecksilberoxydsalbe in auffallend kurzer Zeit ungleich größerer Erfolge erzielt habe. In zwei Fällen von lange bestehenden Hornhautflecken nach Fremdkörperverletzung ist es ihm gelungen, die bedeutende Sehstörung in einem geringen Zeitraume (5—8 Tagen) völlig, sowohl subjektiv, wie objektiv, zu beheben.

Zur Dosirung des Wasserstoffsuperoxydes bei der Wundbehandlung. Die Verwendung dieses energi-

schen Oxydationsmittels als Antisepticum in der Wundbehandlung ist nicht neu. Sie hat sich jedoch nie rechten Eingang verschaffen können und war, wenigstens in Deutschland, so gut wie ganz aufgegeben. Die Ursache hierfür lag nicht in dem geringen therapeutischen Werth des Mittels, sondern in der ungenügenden Beschaffenheit der in den Handel kommenden Präparate. Dieselben waren wässerige Lösungen von Wasserstoffoxyd, die in 100 Th. 3 Gewichtstheile Wasserstoffsuperoxyd enthielten. Sie wurden „Wasserstoffsuperoxyd 3 Gewichtsprocent oder 10 Volumprocent" bezeichnet. Diese verdünnten Lösungen von Wasserstoffsuperoxyd zersetzen sich jedoch sehr leicht. Concentrirtere Lösungen herzustellen gelang nicht, und so machte man, um die Haltbarkeit zu erhöhen, Zusätze von Schwefelsäure oder Phosphorsäure, ohne jedoch auch hierdurch die Zersetzung ganz zu verhindern.

Dass derartige säurehaltige und auch häufig noch durch Alkalien verunreinigte Präparate, die ausserdem in Folge ihrer Unbeständigkeit eine sichere Dosirung unmöglich machen, von den Aerzten zurückgewiesen wurden, ist natürlich.

Im vorigen Jahre ist nun durch die warmen Empfehlungen v. Bruns (s. diese Zeitschrift 1900, S. 255) von Neuem die Aufmerksamkeit auf diesen interessanten und für die Wundbehandlung nützlichen Körper hingelenkt worden.

v. Bruns bediente sich eines von der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt hergestellten Productes, welches allen Anforderungen, die an ein zu medicinischen Zwecken zu benutzendes Präparat gestellt werden müssen, entspricht. Es ist eine wässerige Lösung von chemisch reinem Wasserstoffsuperoxyd, die in 100 Theilen 30 Gewichtstheile Wasserstoffsuperoxyd enthält, säurefrei ist und eine farblose klare Flüssigkeit darstellt, die erst bei -25^{0} gefriert und, bei gewöhnlicher Temperatur in einem gut verschlossenen Gefäße aufbewahrt und vor Verunreinigungen geschützt, unbegrenzt haltbar ist.

Dieses Präparat wird als „Wasserstoffsuperoxyd, chemisch rein (Hydrogenium peroxydatum purissimum) 100 Vol.-Proc. = 30 Gew.-Proc." bezeichnet. Die Angabe der Concentration der Wasserstoffsuperoxydlösungen nach Gewicht und Volumen ist allgemein üblich. Sie giebt aber gar zu leicht zu Irrthümern Veranlassung und hat für den Arzt etwas Verwirrendes. Der Arzt muß die Concentration der von ihm verwendeten Lösungen genau kennen, und er muß sicher sein, daß die von ihm verschriebene Wasserstoffsuperoxydlösung in der von ihm gewollten Concentration von dem Apotheker geliefert werde. Das ist bei der jetzt gebräuchlichen Bezeichnung nicht der Fall.

Die Mehrzahl der Aerzte und wohl auch ein großer

Theil der Apotheker werden darüber im Unklaren sein, was unter Volumprocenten bei Wasserstoffsuperoxydlösungen verstanden wird. Man versteht darunter diejenige Volummenge Sauerstoff, die von 1 g Wasserstoffsuperoxydlösung abgegeben werden kann. Also ein 10 volumprocentiges Wasserstoffsuperoxydul wäre ein solches, welches aus 1 g 10 ccm Sauerstoff, ein 100 volumprocentiges ein solches, welches aus 1 g 100 ccm Sauerstoff zu entwickeln im Stande ist. Es entspricht dies ungefähr Wasserstoffsuperoxydlösungen, welche in 100 Gewichtstheilen 3 bezw. 30 Gewichtstheile Wasserstoffsuperoxyd enthalten. Reines Wasserstoffsuperoxyd, also ein 100 gewichtsprocentiges Präparat, wäre hiernach genau als ein 328 volumprocentiges zu bezeichnen.

Es kommt noch hinzu, daß die Amerikaner die Stärke des Wasserstoffsuperoxydes in noch anderer Weise angeben. Sie geben nicht diejenigen Volumina Sauerstoff an, die 1 g Wasserstoffsuperoxyd abzugeben im Stande ist, sondern die Volummenge Sauerstoff, die 1 g Wasserstoffsuperoxydlösung bei der Zersetzung mit Kaliumpermanganat entwickelt. Hierbei wird auch das Kaliumpermanganat zersetzt und giebt Sauerstoff ab, und man erhält die doppelte Menge an Sauerstoff, die das Wasserstoffsuperoxyd als peroxydiſchen Sauerstoff enthält. Es ist darnach also ein 3 gewichtsprocentiges Wasserstoffsuperoxyd in Deutſchland ein 10 volumprocentiges, in Amerika ein 20 procentiges, ein 30 gewichtsprocentiges ist in Deutſchland ein 100 volumprocentiges, in Amerika ein 200 procentiges. Das ist thöricht und muß zu Irrthümern führen. Man sollte sich darüber einigen, die Stärke des Wasserstoffsuperoxydes nur nach Gewichtsprocenten anzugeben, und namentlich sollten die Aerzte sich in ihren Veröffentlichungen daran halten.

Bei der Verwendung des neuen Merck'ſchen Präparates ist zu berücksichtigen, daß es 10 Mal stärker ist als die älteren Präparate, und daß es für den mediciniſchen Gebrauch mit Wasser verdünnt werden muß.

Um mittelst des 30 proc. Präparates eine 1 proc. Lösung herzustellen, ist 1 Th. desselben mit 29 Th. Wasser, zu einer 3 proc. Lösung 1 Th. mit 9 Th. Wasser zu verdünnen. Derartige verdünnte Lösungen sind jedoch nur kurze Zeit haltbar.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber plötzliche Todesfälle im Kindesalter. Von Dr. M. Thiemich (Breslau). Bei starker Coryza tritt manchesmal durch die sogenannte Aspiratio linguae plötzlich Tod ein, vielleicht auch bei Vergrößerung der Uvula. Un-

erwartet tritt der Tod auch ein bei der für Laien oft symptomenlosen Entzündung der feinsten Bronchien bei Kindern in den ersten Lebenswochen. Plötzlichen Tod verzeichnet man auch bei Pneumonie, bei Durchbruch käsiger Lymphdrüsen in die Trachea. Dass in der Trachea vorgefundene Ascariden Ursache des plötzlichen Todes waren, ist unwahrscheinlich; es handelt sich hier um eine postmortale Einwanderung. Auch die Aspiration von Mageninhalt läßt sich kaum für die Erklärung eines plötzlichen Todes verwerthen. Im Verhältnisse zu den Erwachsenen ist bei Kindern plötzlicher Tod als Folge von Erkrankungen des Circulationsapparates selten; es handelt sich dann zumeist um Herzlähmung, die auf Infectionskrankheiten oder auf nervöse Einflüsse zurückzuführen ist. Manchmal tritt auch bei Magendarmkrankheiten plötzlich der Tod ein, und dies selbst, wenn nach vorhergegangener Abmagerung eine Zunahme des Gewichtes zu constatiren ist; letztere ist prognostisch ungünstig, da sie in diesen Fällen auf Herzschwäche zurückzuführen ist. Vergrößerung der Thymus bewirkt wohl Trachealstenose, aber nicht plötzlichen Tod, obwohl dies Svehla behauptet, der von einer Hyperthymisation spricht, einer Ansammlung von die Circulation schädigenden Thymusgiften. Wohl aber ist die Vergrößerung der Thymus wichtig als ein Symptom des Paltauf'schen Status lymphaticus, auf den plötzliche Todesfälle zurückgeführt werden. Doch handelt es sich dabei nicht um den Ausdruck einer Constitutionsanomalie, da sich der Status lymphaticus aus den heterogensten Elementen zusammensetzt. Nach Thiemich ist derselbe nichts anderes, als nachweisbare Residuen stattgehabter Ernährungsstörungen. Plötzlicher Tod tritt auch bei Convulsionen und Laryngospasmus auf. Die sogenannten tetanoiden Krankheiten führt Thiemich auch nur auf Ernährungsstörungen zurück.

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen, 3. Folge, 21. Bd., 2. Hft.)

Der gegenwärtige Stand der antirhachitischen Therapie. Von San.-Rath Dr. L. Fürst (Berlin). (Deutsche Medic.-Ztg., 1901, No. 24.)

Seit Kassowitz im Jahre 1883 auf dem Naturforschertag zu Freiburg i. B seine Lehre von der Aetiologie und von der Phosphorbehandlung der Rhachitis zum ersten Male vortrug und im folgenden Jahre zu Magdeburg weiterhin für seine Anschauungen eintrat, ist die Frage der Rachitis nicht mehr von der Tagesordnung verschwunden. Seine Theorie hat Anhänger und Gegner gefunden und unter den letzteren waren es namentlich Monti und Zweifel, welche für die ältere Lehre des nutritiven Charakters der Krank-

heit und für die Kalktheorie, zum Theil mit neuem Beweismaterial, eintraten. Was nun die therapeutische Wirkung des Phosphorleberthrans anbetrifft, so wird er von den Einen im höchsten Grade gelobt, während Andere von seinem Gebrauch zurückgekommen sind, theils weil sie keine Erfolge sahen, theils weil die Kinder das Präparat nicht vertrugen.

F. gehört zu den überzeugten Anhängern der mit einem angemessenen hygienisch-diätetischen Regime verbundenen Kalktherapie. Er hält jede medicamentöse Behandlung der Rhachitis für aussichts- und erfolglos, wenn nicht die ganzen Lebens- und Ernährungsbedingungen des Kindes gleichzeitig so günstig wie möglich gestaltet werden. Was nun die Kalktherapie betrifft, so gestaltet er dieselbe, je nach dem Alter der Kinder, in den letzten Jahren folgendermaßen: Kleine Kinder in den ersten Lebensmonaten, die überhaupt nur flüssige Nahrung genießen können, behandelt er, falls ihnen die Gefahr der Rhachitis in Gestalt von Anämie, Enterocatarrhen, Empfindlichkeit des Skeletts, Kopfschweißen, mangelhafter Schädelverknöcherung, Unruhe, Asomnie, Spasmus glottidis etc. droht, mit dem Syr. calcis ferro-phospholactici Freund (hergestellt vom Apotheker Max Freund in Breslau) Dieses Präparat, welches 0,3 pCt. milchphosphorsauren Kalk und 0,25 pCt. milchphosphorsaures Eisen enthält und von dem man 2—3 Kaffeelöffel pro Tag giebt, ist völlig unschädlich und in diesem zarten Alter, sowie in dem Initialstadium der Rhachitis nach F.'s Erfahrungen von vortrefflicher Wirkung. Gerade die Combination dieser beiden Kalk- und Eisensalze ist nach F. eine sehr glückliche, welche sehr oft bewirkt, daß es gar nicht zur Ausbildung von Rhachitis kommt.

Vom zweiten Vierteljahr ab, meist mit dem vierten Monat schon, kann man zu einem seit langen Jahren bewährten Diäteticum übergehen, dessen mehrmonatlicher Gebrauch mit fast überraschender Promptheit die ersten Erscheinungen von Rachitis beseitigt, nämlich zu dem Opel'schen Nährzwieback, welchen seit etwa zwei Jahrzehnten der Bäckermeister H. O. Opel (Leipzig, Bayrische Straße 11) in ganz mustergiltiger Weise herstellt. Dieser aus bestem Weizenmehl, condensirter Milch, Zucker und Nährsalzen fabricirte, gründlich durchgebackene Zwieback hat sich ohne jede Reclame, nur durch persönliche Empfehlung der Aerzte und Laien in den weitesten Kreisen eingebürgert.

Bis vor wenigen Jahren ließ F. dem Kinde 2—3 Mal täglich einen mit abgekochter, guter, nicht zu fettarmer Kuhmilch aufgeweichten Nährzwieback geben. Seit jedoch Zweifel darauf hingewiesen hat, daß trotz des Kalkreichthums der Milch dieser Kalk nicht voll zur Geltung kommt, weil ca. 50 pCt. desselben durch die Labgerinnung chemisch

gebunden und mechanisch in die Käsegerinnsel eingeschlossen werden, benutzt F. zur Herstellung des Nährzwiebackbreies gern Backhaus-Milch, und zwar im ersten Vierteljahr Sorte I, von da an Sorte II. Da in dieser fettreichen Milch durch Trypsin der größte Theil des Caseïns in gelöstes, resorbirbares Eiweiß umgewandelt ist, kommt der im Nährzwieback enthaltene phosphorsaure Kalk und der Kalkgehalt der Milch wesentlich besser zur Geltung, man erzielt viel rascher und sicherer die gewünschte energische Ossification. Eine andere kleine Modification in der Darreichung des Nährzwiebackbreies hat F. ebenfalls seit einigen Jahren bewährt gefunden, nämlich den Zusatz von sterilem Milchzucker (ein gestrichener Kaffeelöffel) und Kochsalz (eine kleine Messerspitze) auf die Portion. Man muß, sagt F, Zweifel beistimmen, wenn er aus seinen Experimenten den Schluß zieht, daß diese Zusätze ganz wesentlich dazu beitragen, den gebundenen, unlöslichen Kalk in einen wasserlöslichen Zustand überzuführen und ihn somit erst für die Aufnahme in den Kreislauf, sowie für die Verknöcherung des Skeletts nutzbar zu machen.

Beide Zusätze, den Milchzucker und das Kochsalz, läßt F. der Milch erst nach dem Erwärmen beifügen. Ein Aufkochen der Backhaus-Milch ist nicht nöthig, da diese sterilisirt geliefert wird. Die Kalkarmuth der Knochen rhachitischer oder zu Rhachitis disponirter Kinder wird durch diese mehr diätetische Behandlung in ganz befriedigender Weise ausgeglichen.

Obwohl vom zweiten bis dritten Jahre ab die Rhachitis, wenn sie bis dahin nicht rückgängig geworden war, meist über das floride Stadium hinaus und in ihren Folgen, den Formveränderungen des Skeletts, stationär geworden ist, giebt es doch Fälle, in denen die rhachitischen Prozesse noch nicht zum Abschluß gelangt sind. In diesen Fällen leisten, neben dem Nährzwieback, noch kalkhaltige Mineralwässer sehr gute Dienste. So können die antirhachitische Behandlung Quellen, wie die Kronenquelle (Salzbrunn) und Wildungen, ferner Driburg und Brückenau, auch bei gleichzeitiger Anämie die Kur sichtlich unterstützen. Auch hat in diesem Stadium ein 6—8 wöchentlicher Aufenthalt an der See einen eclatanten Erfolg, der wahrscheinlich auf den täglichen Genuß der ozonreichen Luft und auf das Spielen in dem von der Sonne durchwärmten Strandsande zurückzuführen ist Diese natürlichen „Sandbäder" hält F. für einen viel wichtigeren Heilfactor, als den minimalen und problematischen Salzgehalt der Luft an Küsten.

In Fällen, wo bereits mehrere Kinder rhachitischer Eltern sich zu Rhachitis erblich disponirt erwiesen, muß die Prophylaxe schon während der Gravidität einsetzen, um bereits

dem Fötus eine bessere Skelettanlage mit reichlicherem Kalkgehalt zu sichern. Wenn die Mutter vom siebenten Monat an täglich 3—4 solcher Nährzwiebacke zu sich nimmt natürlich in diesem Falle mit je 2—3 Tropfen Salzsäure, so resorbirt sie recht reichlich Kalk und führt ihn auf dem Wege des Placentarkreislaufes dem Kinde zu.

Verschiedenes.

Therapeutische **Verwendung des Formalin-Glycerins.** A. C. Jordan, Arzt zu St. Bartholomäus-Hospital zu London, empfiehlt eine Auflösung von Formol in Glycerin zu Rachenpinselungen. 0,1—0,3 Formaldehyd werden unmittelbar vor dem Gebrauch in 8 gr Glycerin gelöst. Die Mischung zeichnet sich durch Tiefenwirkung aus, und bei gewöhnlicher Angina follicularis sieht man nicht selten den Temperaturabfall schon einige Stunden nach der ersten Pinselung eintreten. Um die Wirkung des Mittels nicht zu beeinträchtigen, ist darauf zu achten, daß der Pat. während der ersten Stunde nach der Behandlung kein Getränk zu sich nimmt. Gleich gute Wirkungen erzielt man bei Diphtherie, wenn der Prozeß auf den Rachen lokalisirt ist.

Formalin-Glycerin wird ebenfalls mit Vortheil gegen Trichophyton tonsurans angewendet. Die kranke Stelle wird zunächst mit Terpentinöl, dann mit warmem Wasser und Seife gereinigt, darauf tüchtig mit einem Leinwandlappen in 4% Formalin-Glycerin getaucht eingerieben. Ist die kranke Stelle stark entzündet, so wird die Einreibung durch eine Kompresse mit Formalin-Glycerin ersetzt, die man mehrere Stunden liegen läßt. Darauf wird ein Bor- oder Zinksalbenverband angelegt und nach wenigen Tagen ist die Heilung perfekt. Eine zweite Applikation von Formalin-Glycerin soll überflüssig sein.

(Semaine médicale 20. Februar 1900.)

Ueber die **Häufigkeit des Vorkommens von Zucker im Harne** hat Wolfner an 966 Fettleibigen Untersuchungen angestellt (Berl. klin. Wochenschr., 1901, No. 4). Unter den Kranken mit positivem Harnbefunde waren 30 Frauen oder 63,3 auf 1000 Fälle, dagegen 66 Männer oder 134 : 1000. Es war also die reduzirende Substanz im Harn bei den Männern mehr als doppelt so häufig vorhanden als bei den Frauen; ebenso scheint ein fettleibiger Vater seinen fettleibigen Kindern öfter die Anlage zur Glykosurie zu vererben als eine ebenso geartete Mutter. Die Rasse dagegen scheint keine Rolle zu spielen, wenigstens fand W. im Gegensatze zu bisher manchmal geäußerten Ansichten bei semitischen Fettleibigen nicht mehr Anlage zur Glykosurie als bei anderen Rassen. Von den 966 untersuchten Kranken litten 331 an geringeren Graden von Fettleibigkeit, 635 an stärkerer Fettsucht, von ersteren hatten 75 : 1000, von letzteren 110 : 1000 Zucker. Auch hier fand sich diese Abnormität bei den Männern doppelt so oft als bei den Frauen.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 8. IXL. Jahrgang. 25. August 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber Hernien, insbesondere deren Einklemmung und Behandlung; Originalartikel von Dr. Kühner in Coburg. — Neue Gesichtspunkte in der Pathologie und Therapie der Pleuritis. Die neueren Behandlungsweisen der Syphilis (Schluss). — Der heutige Stand der Frage der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken. Sommerdurchfälle bei Kindern. — Therapie des Augenblinzelns der Kinder. Mittel gegen Otorrhoe. — Anzeige.

Ueber Hernien, insbesondere deren Einklemmung und Behandlung.

Originalartikel von Dr. A. Kühner (Coburg.)

Motive. Die große Amerikanische Encyclopädie medicinischen Wissens und Könnens: The Annual and Analytical Cyclopaedia of Practical Medicine unter Chefredaction von Charles E. de M. Sayous hat soeben ihren Abschluß gefunden. Hundert und mehr auserlesene Autoritäten haben in diesem nach einem einheitlichen Plan veranlagten Werk ein massenhaftes originales Material niedergelegt. Aufgabe des erfahrenen, mit allen Schwierigkeiten und Verantwortlichkeiten des ärztlichen Berufes vertrauten Praktikers ist es nun, diesen Rechenschaft abzulegen von dem reichen Inhalt jenes Werkes, damit derselbe auch diesseits des Oceanes zu Gute komme Deutscher Humanität und dem Diener der Humanität! Die in dem Vorwort des Werkes ausgesprochene Absicht, dem abseits von der wissenschaftlichen Heerstrasse dem Kampf des Daseins obliegenden, viel an Arbeit, weniger an Ansehen, noch weniger an materiellem Gewinn überbürdeten Praktiker, dem „Specialisten für Alles" die Errungenschaften der medicinischen „Woche" und vom „Tag" in einer anregenden, unterhaltenden, übersichtlichen, leicht fasslichen Form zu geben, aus der Praxis für die Praxis zu resumiren, ist vollkommen erreicht worden. Zu diesem Zweck umfaßt das Ganze ein einheitlicher Plan, dessen Verwirklichung auch anderen wissenschaftlichen Unternehmungen große Vortheile verspricht. Die Leitartikel sind zunächst in großen Zügen unter allgemeinen Gesichtspunkten zusammengefaßt, so daß dem Praktiker die Uebersicht erleichtert, ein synthetischer Aufbau des Ganzen er-

möglicht wird. Innere Klinik, Chirurgie, Therapeutik, G
burtshilfe werden in logiſcher Reihenfolge abgehandelt, d
neuesten Forſchungen der Wissenſchaft, die Erfahrungen d
Praxis eingefügt. Verlangt der Leser einen allgemeine
Ueberblick, so findet er im Großdruck das ganze Materi
geordnet; will er sich speziell unterrichten über eine Kran
heit, eine Operation, ein Heilverfahren, Heilmittel, so beleh
ihn ausführlich der Kleindruck über alle erforderliche
Fragen. Behandeln wir unter diesen Gesichtspunkten a
ein für den Praktiker eminent wichtiges Thema:

Die Hernien, insbesondere deren Einklemmung un
Behandlung nach den Ausführungen von William B
Coley in Newyork.

Unter Hernie versteht man die Vorlagerung eine
oder mehrerer Eingeweide mit Vorstülpung sämmtlicher od
theilweiser Auskleidung der Höhlenwand. Erfolgt der Au
tritt durch gewisse in der Entwickelung oder durch Erkran
ungen der Bauchwand bedingte Veränderungen, Offenbleibe
normaler Spalten und Lücken, oder physiologiſche Au
stülpungen des Bauchfelles, so ist der Zustand angebore
zum Unterſchied von der erworbenen Hernie. Neben
diesen Varietäten erhält die Hernie ihren Namen von de
Oertlichkeit der Oeffnung, durch welche sie hervortritt. Di
gewöhnlichen Formen sind die Inguinal-Femoral-Umbilica
und Ventralhernie.

Chirurgiſche Anatomie. Eine Hernie be
steht aus dem Bruchsack, dessen Hüllen und Inhalt
Unter Bruchsack, dessen Grösse und Gestalt wechselt nac
dem Stadium der Hernie, versteht man die Ausstülpung de
Bauchfelles, dessen in der Bruchpforte liegender Theil de
Hals, der nach außen folgende Theil Bruchsackkörper, de
freie unterste Theil Fundus genannt wird. Zwiſchen Bruch
sack und dessen Inhalt finden Adhäsionen statt. Der Sac
kann sehr verdickt, dunkel, undurchsichtig, opack werden
gewöhnlich in Folge mechaniſcher Reizung eines ſchlecht
sitzenden Bruchbandes, selbst Verkalkung, maligne Degeneration
kann stattfinden. Manche Hernien sind ſcheinbar ohne Sack
z. B. Brüche der Blase, Flexura sigmoidea oder des Coecum
Das ist nicht ganz richtig; ein Sack existirt, aber das
Peritoneum umſchließt nicht ganz das Eingeweide. Die
Hüllen des Sackes bestehen aus verſchiedenen Lagen von
Gewebe und wechseln je nach der Oertlichkeit der Hernie.
Der Inhalt derselben besteht aus Eingeweide oder Netz oder
aus beiden. Wenn die Hernie reponibel, so zeigen Einge-
weide und Netz ein normales Aussehen, ist die Hernie
irreponibel und von langer Dauer, so unterliegt sie zahlreichen
pathologiſchen Veränderungen. Das Netz wird verdickt, dem
Sack adhärent, gewöhnlich am Hals oder am Eingeweide.
wenn solches vorhanden. Seröses Exsudat in wechselnder

Menge findet sich gewöhnlich in einer irreponiblen Hernie. Enthält die Hernie Netz allein, so nennt man sie Epiplocele, bei Eingeweide allein: Enterocele, bei beiden als Inhalt: Entero-epiplocele.

Reponible Hernie. Diagnose: Eine weiche Geschwulst oder Schwellung in einer der Bruchöffnungen, beim Liegen oder leichten Druck nachgebend, beim Husten oder Anspannen der Bauchmuskeln an Umfang gewöhnlich zunehmend.

Die Anamnese ergiebt gewöhnlich eine allmählige Entwickelung unter Empfindungen des Druckes in der Gegend der Schwellung insbesondere nach langem Stehen oder Gehen In der ersten Entwickelungsperiode läßt sich nur eine leichte Erhebung nachweisen, bei weiterem Wachsthum entsteht ein deutlicher Tumor. Die Beschaffenheit desselben wechselt nach dem Inhalt des Bruchsacks. Enthält er nur Eingeweide, so fühlt er sich weich und elastisch an, das Anschwellen beim Husten ist deutlich ausgeprägt und die Reposition wird oft von einem gurgelnden Geräusch begleitet. Die Percussion ergiebt einen tympanitischen Schall, abweichend von dem gedämpften Ton eines Netzbruches. Wenn der Inhalt aus Netz allein besteht, so ist die Geschwulst mehr uneben in der Begrenzung, von lappiger Beschaffenheit ohne Elasticität. Bei gleichzeitigem Vorhandensein von Eingeweide und Netz sind die physikalischen Kennzeichen combinirt. Nicht selten ist der Darm vollkommen reponibel, während das Netz dem Bruchsack adhaerirt. Die belästigenden Empfindungen und der ziehende Schmerz, meist gering bei einer Hernie von geringer Größe, werden sehr auffallend bei großen Hernien, insbesondere wenn solche nicht durch passende Bandagen zurückgehalten.

Behandlung. Diese kann eine palliative oder operative sein. Nur bei Kindern und jugendlichen Individuen vermag die palliative oder mechanische Behandlung vermittelst Bandagen die Bruchöffnung dauernd zu schliessen und eine bleibende Heilung zu bewirken. Unter diesen Umständen soll das Bruchband Tag und Nacht getragen werden. Grosse Sorgfalt muß insbesondere bei Kindern der Beschaffenheit der Haut zugewendet werden; häufige Behandlung derselben mit Alkohol erweist sich sehr vortheilhaft. Nach den Pubertätsjahren wird die Anzahl der Heilungen einer Hernie durch ein Bruchband geringer und nach den zwanzigsten Lebensjahr selten. Bei sehr großen Scrotalhernien mit einer Oeffnung, daß vier oder fünf Finger hindurchgreifen können, ist kein Bruchband im Stande, den Bruch zurückzuhalten. Auch die Operation ist in den meisten Fällen contraindicirt. Das Einzige, was geschehen kann, ist eine starke Bandage, die ihren Stützpunkt an den Schultern findet. Bei den zahlreichen Varietäten der Bruchbänder

dies- und jenseits des Oceans erſcheint eine Besprechung der Wahl eines solchen nicht von Belang.

Irreponible Hernien. Jede Art der Hernie kann irreponibel werden. Dieser Zustand kommt indess häufiger bei Umbilical- als bei irgend einer anderen Form von Hernien vor. Irreponible Hernien sind ungemein selten bei Kindern und in der Jugend, am häufigsten im Alter von 30 bis 60 Jahren. In 90% der Fälle besteht der Inhalt der irreponiblen Hernie aus Netz. Entero epiplocele ist am nächsten häufig. Enterocele wird irreponibel bei zahlreichen Adhaesionen. Personen, die an solchen Zuständen leiden, sind häufigen Anfällen von Kolik unterworfen und zeigen große Neigung zu Obstipation. Desgleichen ist Entzündung und Einklemmung häufiger, als bei der reponiblen Form.

Behandlung der irreponiblen Hernie. Wenn die Hernie nicht zu groß und der Patient ein geeigneter Fall für eine Operation, muß der Versuch einer Radicalkur gemacht werden. Mechaniſche Hilfsmittel sind in der Regel unzureichend. Keine Form der irreponibeln Hernie kann vermittelst eines gewöhnlichen Bruchbandes ohne große Belästigung behandelt werden. Ein Bruchband mit einer concaven Pelotte erweist sich bei einer irreponiblen Hernie von geringer Größe oft dienlich; bei Umbilical und Ventralhernien ist ein starker Abdominalgürtel mit einer kreisförmigen flachen Pelotte, eine leichtconcave Pelotte bei grösseren Hernien die einzige Hilfe. Wenn die Hernie erst einige Tage alt und Zeichen einer örtlichen Entzündung bestehen, soll der Kranke einige Tage das Bett hüten und eine Eisblase aufgelegt werden, bei gestörter Vitalität der Haut, nicht direct auf diese, da sonst leicht Brand entsteht. Vorsichtige Taxis kann während des Verlaufes dieser Behandlung, innerhalb kurzer Zeit und mit Schonung versucht werden. In vielen Fällen sammelt sich bei irreponiblen Hernien eine grössere oder geringere Quantität serösen Exsudates im Bruchsack. Dieser Inhalt soll durch Aspiration entfernt werden. Wenn die Hernie nicht innerhalb einer oder zweier Wochen zurückgebracht werden kann, ist sie als bleibend irreponibel zu betrachten und einer Operation oder palliativen Behandlung zu unterwerfen je nach der Wesenheit des Falles.

Irreponible Inguinal- und Femoralhernien eröffnen meist günstige Aussichten für eine Operation bis zu einem Alter von etwa fünfzig Jahren und bei mässiger Größe der Hernie, etwa ein Hühnerei bis zwei Daumen groß. Nicht wenig solche Fälle, inbesondere Umbilical- und Ventralhernien, sind aber alte Epiplocelen von erheblicher Größe bei sehr starken Frauen mit reichlicher Fettablagerung in den Bauchwänden. Unter solchen Umständen sowie bei ſchwachen anderweit kranken Personen soll man auf die Vornahme der Operation

verzichten und sich auf eine Beschränkung der Zunahme in der Größe des Bruches einrichten.

Eingeklemmte Hernien. Das Wesen der Einklemmung einer Hernie besteht in einer solchen Einschnürung, daß die Fortbewegung der Ernährungsflüssigkeit und des Inhaltes eines Darmes gehemmt ist. Die gewöhnlichsten Ursachen sind schweres Heben, heftiger Husten, überhaupt Ueberanstrengungen der Bauchpresse bei Leibesübungen, der Defäcation, Schwangerschaft u. s. f. (Vergl. Statistik von 276 Fällen von eingeklemmten Hernien, operirt an der Universitätsklinik in Zürich vom J. 1881 bis 1894). Bei einer irreponiblen Hernie ist die Einklemmung oft die Folge von Entzündung oder Verschlingung des Inhalts des Bruchsacks oder von Adhäsionen zwischen demselben und dessen Inhalt. Unter den verschiedenen Theorieen der Erklärung über das Zustandekommen der Einklemmung verdient die Anschwellung der Venen die meiste Beachtung: da die Wände der Venen leichter comprimirbar, als die Wände der Arterien, so fließt das Blut noch lange in den eingeschnürten Lappen des Bruchsackes, nachdem der Rückfluß abgeschnitten worden. Diese Hemmung des Blutlaufes verursacht große Stockung und rasche Ansammlung von Exsudat im Bruchsack, welche die Reposition immer mehr erschwert. Der Bruchsack wird zuerst röther, dann bläulich, bald mahagonifarbig und schließlich, bevor Gangrän eintritt, dunkel schieferfarbig. Die Exsudation, die zuerst klar, wird nach kürzerer oder längerer Zeit trübe. Gangrän kann je nach der Stärke der Einschnürung innerhalb eines verschiedenen Zeitraumes eintreten, von vier Stunden an bis längstens innerhalb vierzehn Tagen.

Erscheinungen. Das erste Anzeichen ist gewöhnlich Schmerz an der eingeklemmten Stelle oder in der Umgegend des Nabels. Bei der Untersuchung findet man eine feste, bei Druck empfindliche Geschwulst, die keine Anschwellung oder nur beim Husten eine leichte Anschwellung zeigt. Unter allen Erscheinungen ist das Erbrechen, das stets nach kürzerer oder längerer Zeit eintritt, das wichtigste Kennzeichen. Zuerst besteht das Erbrochene aus Mageninhalt, wenn die Hernie nicht zurückgebracht wird, folgt Galle, Schleim und schließlich Darminhalt. Vollkommne Constipation ist auch ein wichtiges Kennzeichen. In seltenen Fällen kann Diarrhöe als eine Anfangserscheinung auftreten. Dabei besteht stets etwas Pulsbeschleunigung, gewöhnlich auch geringes Steigen der Temperatur, später kann sie subnormal sein. Bei Einklemmung von lediglich Netz, was sehr selten, können alle Erscheinungen milder auftreten. Constipation kann bestehen oder nicht.

Diagnose. Es giebt in der chirurgischen Praxis kaum einen Fall, in welchem eine möglichst frühzeitige und be-

stimmte Diagnose nothwendig wird, als bei einer eingeklemmten Hernie. In typischen Fällen bestehen Schwierigkeiten nicht. Bei einer vordem irreponiblen Hernie kann eine Stockung oder Entzündung des Bruchinhalts eine Einklemmung vortäuschen. Bei einer Verstopfung in der Hernie ist gewöhnlich Anschwellung zu constatiren, der Schmerz ist weniger heftig und die anderen Erscheinungen weniger deutlich ausgeprägt. Dasselbe betrifft die entzündete Hernie. Einklemmung entwickelt sich in seltenen Fällen synchronisch mit der Ausbildung einer Hernie. Bei Erbrechen und Verstopfung muß sorgfältig nachgeforscht werden an allen Oeffnungen, durch welche eine Hernie hervordringen kann.

Hydrocele des Samenstrangs Bei jungen Leuten kann einen eingeklemmten Bruch vortäuschen eine Hydrocele des Samenstranges. Bei dieser Störung ist die Schwellung geringer und bei der Berührung von der Beschaffenheit einer Cyste; sie ist beweglicher, mehr rundlich und hat einen mehr scharf begrenzten oberen Rand, welcher bei sorgfältiger Untersuchung ergiebt, daß er nicht in die Bauchhöhle eindringt. In manchen Fällen ist die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Zuständen erschwert durch physikalische Zeichen, aber die Anamnese wird den Fall aufklären.

Behandlung der Einklemmung. Eine regelrechte Taxis soll stets einer Entschließung zur Operation vorausgehen. Verschiedene Stellungen des Kranken begünstigen die Wirksamkeit der Taxis. Bei Eingeweidebrüchen soll das Becken hochgelagert und die Extremitäten angezogen werden, so daß die Bauchwand vollständig erschlafft; bei der Schenkelhernie sollen die Oberschenkel gebeugt und leicht nach innen rotirt werden. In früherer Zeit wurden die Kranken mit den Beinen hochgehoben, auf einen Karren mit herabhängendem Kopf geladen und dabei noch heftige Erschütterungen des Körpers ausgeführt, um durch die herabsinkenden, nicht vorgelagerten Eingeweide einen Zug ausüben zu lassen (negative Taxis). Jetzt sucht man mehr auf die Geschwulst selbst zu wirken (positive Taxis). Andere legen Werth auf die Aspiration nach dem Vorgang von Dieulafoy, welcher räth, die Aspiration in allen Fällen zu versuchen, in denen nicht bereits Gangrän oder Ulceration des Darmes zu befürchten. Unter 33 von Horn mit Aspiration behandelten Fällen gelang in 29 die Reposition. Dieses Verfahren passt aber nur für frische Fälle und wenn die Herniotomie verweigert wird, keinenfalls als Regel, sowie schon Doutrelepont die Aspiration nur als ein Hilfsmittel der Taxis bezeichnet; wenn diese nicht mehr erlaubt sei, dürfe jene noch weniger in Anwendung kommen. In 63 Fällen wurden nach Coley 53 durch örtliche Aetherisation zurückgebracht, eine Methode, die auch Finkelstein empfiehlt. Nachdem die Umgebung der eingeklemmten Stelle durch

eichliches Einreiben von Olivenöl geſchützt worden, wird twa alle zehn Minuten ein Kaffeelöffel von Aether sulfuric. uf den Bruchring und die Geſchwulst aufgegossen, bis die etztere an Umfang und Härte abnimmt und spontan oder nter leichter Beihilfe zurückgeht. Netzbrüche eignen sich weniger für dieses Verfahren. Bei eingeklemmten Hodenbrüchen empfiehlt Drakin die Irrigation mit einer Miſchung von Aether (20 Theilen) und Hyoscyamusöl (4 Theile). Allgemeine Anaesthesirung soll nach Keetly in der Regel bei eingeklemmten Brüchen alter und herabgekommener Individuen vermieden werden. Alle diese unterstützenden Mittel der Taxis sowie warme, heisse Bäder, Abführmittel (vorsichtig), Klystiere, warme Umſchläge streben, den Kranken widerstandslos zu machen und allgemeine Erſchlaffung und mit oder ohne diese auch örtliche herbeizuführen. Um das Volumen der vorgelegten Theile zu verringern, werden mit ähnlichem Erfolge kalte Bäder, kalte Ueberſchläge, kalte Douchen angewandt, im Allgemeinen, insbesondere aber bei Kindern und alten Leuten weniger, als Wärme. Morison empfiehlt allgemeine Trockenpackung mit Eisapplication auf den Bruch und einen halben Gran Morphium als Suppositorium.

Was das Verfahren bei der Taxis betrifft, so sind die Rathſchläge auch hier sehr zahlreich und verſchieden. Die Reposition gelingt am leichtesten, wenn man den zuletzt vorgefallenen Theil zuerst zurückbringt. Da dieser meist am hinteren Umfang der Geſchwulst liegt, so versuche man den Druck an dieser Stelle zuerst, wie es die Kranken oft selbst thun, wenn der Bruch sich öfter vorlagert. Als Hilfsmittel bei positiver Taxis werden ferner Hin- und Herſchieben der Geſchwulst, Hervorziehen, Hin- und Herrollen zwiſchen beiden Händen angegeben. In Bezug auf die Werthſchätzung der Taxis muß die Regel festgehalten werden, daß die Entſchließung zur Herniotomie in neuerer Zeit in Folge der geringeren Mortalität wesentlich erleichtert wird. Im Allgemeinen ist der Versuch der Taxis in Fällen, in denen die Einklemmung vierundzwanzig Stunden oder länger gedauert hat, nicht statthaft; auch soll die Taxis selten länger, als drei bis fünf Minuten ausgeübt werden. Diese allgemeine Regel erleidet zahlreiche Ausnahmen. Als weitere Forderung muß bei der Vornahme der Taxis unter allgemeiner Anaesthesirung die Vorbereitung zur Herniotomie gelten, so daß, wenn jene erfolglos, sogleich zur Ausführung dieser geſchritten wird, ohne den Kranken nochmals einer allgemeinen Anaesthesie zu unterwerfen.

Operation der eingeklemmten Hernie. Ort und Zeit verlangen Kürze. Indicationen und Contraindicationen betreffend die Herniotomie ohne und mit Eröffnung des Bruchsacks können daher hier nicht festgestellt werden. Was die Incision betrifft, so ist anstatt des alten selbst jetzt noch

von manchen Chirurgen zur Ausführung gebrachten Schnittes über den am meisten hervorragenden Theil der Geschwulst die Basinische Incision parallel dem Ligamentun Poupartii vorzuziehen. Dieser Schnitt trifft in der Tiefe die Aponeurose des Obliquus externus, welche er in der Ausdehnung von etwa zwei Zoll spaltet.

Bruchsack. Eine vorsichtige Eröffnung des Sackes erfolgt mittelst des Scalpells oder der Scheere. Man beachte sorgfältig die Beschaffenheit der sich bei der Eröffnung entleerenden Flüssigkeit, da sie ein wichtiges Kennzeichen für den Zustand des Darms bildet. Ist derselbe einfach congestionirt, so ist die Flüssigkeit klar, wenn entzündliche Veränderungen stattgefunden, getrübt, aber frei von Geruch, der immer schlechter wird, je mehr sich der Eintritt von Gangrän vorbereitet.

Trennung der Einschnürung. Bevor man versucht, den Darm zurückzubringen, muß die Einschnürung gehoben werden. Diese kann bestehen am Bruchsackhals oder in fibrösen Structuren, die den äußeren Ring bilden, welcher, wenn die Incision in der angegebenen Weise durch Spalten der Aponeurose des Obliquus externus vorgenommen, entspannt worden ist.

Behandlung des Darminhalts. Der Darm soll mit der größten Vorsicht behandelt werden, er kann unbedenklich zurückgebracht werden, wenn die Umhüllung noch glatt und glänzend, selbst purpurne oder Magahonifarbe ist, vorausgesetzt, daß er die Elasticität nicht verloren hat, keine Contraindication für das Zurückbringen in die Bauchhöhle. In Fällen, in denen diese Frage zweifelhaft, kann man das Darmstück einige Minuten mit einem erwärmten Handtuch umhüllen; wenn die Circulation sich sichtbar wiederherstellt, kann die Reposition ohne Gefahr vorgenommen werden. Wenn das Darmstück gangränös und kein Zweifel, daß das Zurückbringen gefahrvoll, so kommen zwei Verfahrungsweisen in Betracht: die Resection oder Liegenlassen des Darmstücks an Ort und Stelle. Allgemeine Regeln lassen sich nicht geben. Die Wahl muß der Geschicklichkeit des Operateurs unter eingehender Berücksichtigung des Zustandes des Kranken überlassen werden, wobei insbesondere auch die Größe des zu resecirenden Darmstücks in Betracht zu ziehen ist.

Ueber Indicationen und Contraindicationen der Radicaloperation, über die gewöhnlichen und selteneren Formen der Hernien und ihre Behandlung können wir uns hier nicht weiter verbreiten.

II. Medicin.

Neue Gesichtspunkte in der Pathologie und Therapie der Pleuritis. Von Dr. D. Rothschild. Eine Reihe von Thatsachen, welche man bei Pleuritiskranken häufig beobachtet, sind für unser therapeuthisches Handeln von grundlegender Bedeutung, wenngleich sie eine befriedigende Erklärung bisher nicht haben finden können. Diese sind: 1. die so häufig gemachte Beobachtung, daß langbestandene, auch größere Ergüsse in die Pleurahöhle nach einer vielleicht zu diagnostischen Zwecken gemachten Probepunction sich rasch und vollständig resorbirt haben; 2. die so häufig beobachtete Erscheinung, daß nach vollständiger oder möglichst vollständiger Entleerung von Exsudaten durch Punction oder Thorakocentese sich in ganz kurzer Zeit, oft schon in wenigen Stunden, die Flüssigkeitsansammlung wiederhergestellt hat, ohne daß Fieber oder sonstige Erscheinungen auf ein besonders lebhaftes Fortbestehen des ursprünglich vorhandenen Entzündungsprocesses hindeuteten; 3 daß oft abgekapselte Exsudate monatelang unverändert umhergetragen werden können, bis sie dann schließlich ganz bestimmten therapeutischen Eingriffen weichen; 4. die Incongruenz zwischen Exsudathöhe und Fieberhöhe. Die vier Punkte beziehen sich weniger auf den physiologischen, als den physikalischen Charakter der Exsudate; denn eine Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraum ist in dem Augenblick, in dem sie die Pleurawandung verlassen hat, eine mehr oder weniger concentrirte Salz- und Eiweißlösung, die als solche nicht mehr physiologischen Gesetzen unterliegt, sondern ein Gegenstand physikalischer Betrachtung geworden ist. Es ist daher naheliegend, durch eine sinngemässe Anwendung der physikalischen Lehre von den Lösungen zu versuchen, das Erscheinen und Verschwinden solcher Lösungen in unserem Körperinnern zu erklären.

Für die in Lösung befindlichen Molecüle gelten dieselben Gesetze, wie für Gasmolecüle, jede Lösung befindet sich in einem gewissen Spannungszustand, welcher abhängig ist von der Zahl der in Lösung befindlichen Molecüle. Dieser Spannungszustand ist der osmotische Druck der Lösung. Bringt man zwei Lösungen verschiedener molecularer Concentration miteinander in Berührung, so wird so lange eine Bewegung von gelösten Molecülen aus der stärker concentrirten in die schwächer concentrirte Lösung hin statthaben, bis in der ganzen Lösung die Concentration wieder durchaus dieselbe geworden ist. Stört man den ungehinderten Durchtritt von Molecülen aus der stärker concentrirten in die schwächer concentrirte dadurch, daß man zwischen diese beiden eine sogesannte semipermeable Wand einschiebt, d. h. eine Wand, die zwar für Wasser (das Lösungsmittel),

nicht aber für die in Lösung befindlichen Substanzen durchgängig ist, so wird von der stärker concentrirten Lösung auf die schwächer concentrirte eine wasseranziehende Kraft ausgeübt, welche so lange einen osmotischen Flüssigkeitsstrom durch die Membran hindurch unterhalten wird, bis auf beiden Seiten der Membran die Lösungen dieselbe Concentration bekommen haben. Lösungen, die denselben osmotischen Druck haben, nennt man isotonische, u. zw. die stärker concentrirte im Verhältnisse zu der anderen hyperisotonisch, die schwächer concentrirte im Verhältnisse zu der anderen hypoisotonisch.

Zur Messung der molecularen Concentration oder des osmotischen Druckes oder der wasseranziehenden Kraft einer Lösung (diese drei Begriffe sind gleich zu setzen) ist eine ganze Reihe von Methoden ausgebildet worden. Für klinische Zwecke wird die Methode der Gefrierpunktbestimmung angewendet. Der Gefrierpunkt einer Lösung liegt umso tiefer, je mehr Molecüle in derselben gelöst vorhanden sind; da der osmotische Druck ebenfalls proportional der molecularen Concentration wächst, so giebt die Bestimmung des Gefrierpunktes einer Lösung ein relatives Maass für die Grösse ihres osmotischen Druckes. Der Gefrierpunkt einer Lösung wächst umgekehrt proportional der molecularen Concentration derselben. Dreser hat gezeigt, daß der osmotische Druck des Blutserums im normalen Menschen eine constante Größe aufweist. Der Gefrierpunkt des menschlichen Blutes liegt unter normalen Verhältnissen bei — 0.56° C. A. v. Korányi hat gezeigt, in welcher Weise die moleculare Concentration des osmotischen Druckes unter pathologischen Verhältnissen sich verändert und wie es namentlich die Erkrankungen der Nieren sind, welche zur Veränderung der molecularen Concentration des Blutes führen. Denn den Nieren fällt die Aufgabe zu, neben der Entfernung der Stoffwechselproducte aus dem Körper die moleculare Concentration des Blutes dauernd auf gleicher Höhe zu erhalten. Intact functionirende Nieren vorausgesetzt, dürfen wir annehmen, daß der Gefrierpunkt des Blutes bei — 0.56° C. liegt.

Wenn ein Exsudat im Pleuraraum eine geringere moleculare Concentration als das in den Capillaren der Pleura befindliche Blut aufweist, muß lediglich nach den Gesetzen des osmotischen Druckes von dem Blut ein Theil des Exsudates angesaugt werden. Man kann in diesem Falle von einer Resorption durch Osmose reden. Hat jedoch das Exsudat eine höhere moleculare Concentration als das Blut, so wird es seinerseits eine wasseranziehende Kraft ausüben auf das Blutserum, und trotz Ablauf des ursprünglich vorhandenen Entzündungsprocesses wird die im Pleuraraum befindliche Flüssigkeitsmenge so lange zunehmen, bis

deren moleculare Concentration gleich geworden ist derjenigen des Blutes.

Finden wir, daß ein durch Probepunction entferntes Exsudat eine geringere moleculare Concentration als das Blut hat, also einen Gefrierpunkt hat, der höher liegt als derjenige des Blutes, so kann man annehmen, daß die größere wasseranziehende Kraft des Blutes ohneweiters die Absorption des Exsudates herbeiführen wird. R. führt als Beweis zwei Fälle an, die er auf der v. Noord'schen Abtheilung beobachtet hat. Finden wir dagegen ein Exsudat, das einen wesentlich höheren Gefrierpunkt aufzuweisen hat als das Blut, so ist nicht nur keine sofortige Resorption zu erwarten, sondern die Flüssigkeitsmenge im Brustraum wird sogar zunehmen, indem der osmotische Wasserstrom bemüht sein wird, die moleculare Concentration des Exsudates herabzusetzen, bis sie derjenigen des Blutes gleich geworden sein wird. In Wirklichkeit wird sich dieser mechanischen Verdünnung der pleuritischen Exsudate häufig ein unüberwindliches Hinderniß in den sich bildenden Verwachsungen der Pleurablätter entgegensetzen.

Haben wir ein höher concentrirtes Exsudat abgekapselt, so werden diese Verwachsungen einem Zustrom von Wasser ein räumliches Hinderniß entgegensetzen. Solche Exsudate werden daher lange Zeit unverändert umhergetragen werden können und müssen, da sie je nach den Gesetzen des osmotischen Druckes erst dann einer Resorption anheimfallen können, wenn ihre moleculare Concentration der des Blutes gleich geworden ist.

Da Exsudate erst dann resorbirt werden, wenn ihr osmotischer Druck dem des Blutes gleich geworden ist, und auf der anderen Seite abgekapselte Exsudate, die einen höheren osmotischen Druck aufweisen als das Blut, durch die räumlichen Verhältnisse verhindert sind, ihren osmotischen Druck herabzusetzen, so ist es klar, daß solche Exsudate einer spontanen Resorption nicht anheimfallen können und, wenn irgend möglich, durch Punction zu entfernen sind. Ist jedoch ein Exsudat mehrkammerig, so daß es ausgeschlossen erscheint, jede einzelne dieser Kammern mit der Punctionsnadel anzustechen, so bleibt dieser Weg aussichtslos und wir können nur durch eine vorübergehende Erhöhung des osmotischen Druckes des Blutes bis auf die Höhe des Exsudates die Aufsaugung des Exsudates herbeiführen. Zur vorübergehenden Erhöhung des osmotischen Druckes des Blutes steht eine Reihe von Mitteln zur Verfügung. Die Diät ist insofern von Einfluß auf den osmotischen Druck des Blutes, als eine eiweißreiche Nahrung durch den Zerfall ihrer complicirten Molecüle in eine große Zahl einfacher Molecüle den osmotischen Druck des Blutes erhöht. Großer Kochsalzgehalt der Nahrung bewirkt dasselbe. Auch Schwitz-

proceduren erhöhen den osmotiſchen Druck des Blutes. Auf experimentellem Wege ist es gelungen, durch endovenöse NaCl-Einspritzungen dasselbe Ziel zu erreichen. R. hat mit Hughes constatirt, daß Salzbäder, deren osmotiſcher Druck grösser ist, als der des Blutes eine Erhöhung des osmotiſchen Druckes des Blutes herbeizuführen im Stande sind, und er istder Ansicht, daß auf dieser Thatsache die bisher unerklärte resorbirende Wirkung der Soolbäder auf alte, abgekapselte Exsudate zurückzuführen ist. — Bunge hat gerade für den Resorptionsproceß eine specifiſche, gleichsam bewußte Zellenthätigkeit der Endothelien in Anspruch nehmen zu müssen geglaubt. — (Deutſche Aerzte-Ztg. No. 11, 1901.)

Die neueren Behandlungsweisen der Syphilis. Von Dr. M. Dreysel, Leipzig. (Schluß von Seite 153.)

Die in früheren Jahren ſchon und auch neuerdings wieder mehrfach versuchte Serumtherapie der Lues wollen wir nur der Vollständigkeit halber erwähnen. Praktiſche Resultate hat diese Methode bisher noch nicht gezeitigt, sie ist über das Versuchsstadium kaum hinausgekommen.

Neben dem Quecksilber spielt das Jod die Hauptrolie bei der Behandlung der Lues; es wirkt spezifiſch vor allem bei den Produkten der tertiären Syphilis. In neuerer Zeit hat man mehrfach versucht, das Jodkalium, den Hauptrepräsentanten der Jodmedikamente, durch andere Präparate zu ersetzen. Man suchte nach solchen, einmal wegen der nicht selten auftretenden Nebenwirkungen des Jodkaliums und dann auch deshalb, weil in der Syphilistherapie vielfach ein Jodpräparat sehr wünſchenswerth ist, bei dem das Jod längere Zeit im Körper zurückgehalten wird. Man hatte ſchon früher nach dem Vorgange von Köbner das Jodkalium per Klysma gegeben, um wenigstens eine Belästigung des Magens zu vermeiden. Die Jodtinktur, die keinen Jodismus verursachen soll, wurde von Jullien und Richter in Dosen von 5 bis 30 Tropfen empfohlen. Ein neueres Präparat, das Jodvasogen, wurde von Leistikow[1]) äusserlich angewendet; er lässt mit 3 g des 6%igen Jodvasogens Einreibungen ganz in der gleichen Weise wie bei einer Schmierkur mit grauer Salbe machen. Dasselbe Präparat wurde von Friedlaender,[2]) Kleist u. a. in Dosen von 3 mal täglich 5—30 Tropfen innerlich gegeben, ohne daß unangenehme Nebenerſcheinungen auftraten.

Einen wesentlichen Fortſchritt in der Jodbehandlung der Lues brachten jedoch erst die Jodeiweisspräparate und das Jodipin.

Jodalbacid, eine von L. Gans-Frankfurt hergestellte

[1]) L. Leistikow, Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. XXIII.
[2]) Friedlaender, Berliner med. Ges. 1898, 4. Mai.

Jodeiweissverbindung wurde zuerst von Zuelzer[3]) erprobt. Es wirkt langsam und weniger energiſch als Jodkali, reizt Magen und Darm nicht und ruft keinen Jodismus hervor. Contraindicirt ist das Präparat bei dringenden Fällen, dagegen lässt es sich in Dosen von 3—5 g pro die mit Vortheil zur Nachbehandlung einer Hg-Kur und überhaupt immer dann verwenden, wenn eine längere Jodmedikation und eine langsame und milde Wirkung angezeigt ist.

Ganz ähnlich wie das Jodalbacid wirken die von A.-G. Helfenberg hergestellten Eigone, das Alpha-Eigon-Natrium und das Beta-Eigon. Beide Präparate sollen gut vertragen werden und keinen Jodismus hervorrufen; man giebt sie am besten in Lösungen 10:150,0 3 mal täglich einen Eßlöffel voll.

Das Jodipin, eine organiſche Verbindung des Jodes mit dem Sesamöl, wurde von Klingmüller[4]) zuerst geprüft. Das Präparat wird innerlich theelöffelweise verordnet, zur Verdeckung des öligen Geſchmackes in Milch oder mit Zusatz einiger Tropfen Pfeffermünzöl. Klingmüller hat es vor allem subkutan angewandt. Er injicirte bis zu 20 cbcm des 10%igen Jodipins an 5 aufeinander folgenden Tagen, eventuell mit einem freien Zwiſchentag; damit war die Kur beendet. Die Injektionen wurden sehr gut vertragen; lokal traten keine Beſchwerden auf, auch allgemeine unangenehme Nebenwirkungen blieben aus, denn die Verarbeitung des Jodes in den angelegten Depots erfolgt ganz allmählich. Klingmüller hat noch ein 25%iges Jodipin, von dem entsprechend weniger hohe Dosen nöthig sind, mit gleich gutem Erfolge erprobt. Bei dieser subkutanen Anwendung wird das Jod sehr lange im Körper zurückgehalten; man kann durch eine Injektionskur von wenigen Tagen den Organismus wochen- und monatelang unter Jod stellen. Allerdings tritt bei den Injektionen eine therapeutiſche Wirkung erst am 2. bis 5. Tage ein. Wenn eine raſche Jodwirkung angezeigt ist, muß man also in den ersten Tagen zugleich mit den Injektionen Jodipin, oder ein anderes raſch wirkendes Präparat per os geben. Jodipin soll keinen Jodismus verursachen. D. konnte jedoch einen Fall beobachten, bei dem nach innerlichem Gebrauch geringer Mengen des Präparates ein über den ganzen Körper verbreitetes acneartiges, stark juckendes Exanthem auftrat, das noch wochenlang nach Aussetzen der Jodmedikation bestehen blieb und den Kranken ausserordentlich belästigte.

Ausser der specifiſchen Behandlung mit Quecksilber und Jod stehen uns bei der Therapie der Lues noch andere

[3]) Zuelzer, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 44.
[4]) Klingmüller, Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 25.

Maßnahmen zu Gebote, welche die Krankheit günstig zu beeinflussen vermögen, das sind vor allem die schon längst zu diesem Zwecke gebräuchlichen und neuerdings wieder mehr in Aufnahme gekommenen Bade- und Schwitzkuren, sowie die hydrotherapeutischen Prozeduren überhaupt. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß durch häufige heiße Wannenbäder, durch Seesalz- und Dampfbäder, durch schweisstreibende Thees, Packungen, oder auch durch starke körperliche, den Organismus zur Schweißerzeugung anregende Bewegungen eine mächtige Steigerung des Stoffwechsels bewirkt und dadurch eine Ausscheidung des Syphilisvirus erleichtert und befördert wird. Aber mit allem Nachdruck muß betont werden, daß die genannten Massnahmen wohl neben einer specifischen Behandlung Anwendung finden können, aber nicht ohne eine solche; für sich allein sind sie durchaus ungenügend, mit ihnen allein ist eine rationelle Behandlung völlig unmöglich. Es muß daran festgehalten werden, daß das einzige wirkliche Heilmittel, das wir gegen die Lues besitzen, das Quecksilber ist. Auch das Jodkalium, ein so gutes Symptomaticum es für gewisse Erscheinungen auch ist, wirkt nach unseren heutigen Kenntnissen nicht auf das Syphilisvirus selbst ein. Quecksilber muß also in allen Stadien der Krankheit, neben Jod auch im tertiären, verordnet werden, natürlich mit strengster Individualisirung. Ob Injektions-, ob Einreibungskur, ob Mercolintschurz, hat sich nach den Symptomen, nach dem Ernährungszustand des Kranken, nach dem Erfolg und Verlauf von früheren Kuren zu richten. Durch Unterlassung einer Quecksilberbehandlung kann unberechenbarer Schaden angerichtet werden, niemals aber durch eine rationelle, individualisirende Hg-Anwendung. Nur von diesem Standpunkte aus können wir dem vornehmsten ärztlichen Leitsatze gerecht werden: Suprema lex salus aegroti.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

In der Gießener med. Gesellschaft besprach Professor Löhlein den augenblicklichen Stand der Frage der **künstlichen Frühgeburt beim engen Becken.** Die künstliche Frühgeburt erfreut sich im allgemeinen in der deutschen geburtshilflichen Klinik eines wohlbegründeten Ansehens. In der modernen Lehre vom engen Becken, wie sie von Michaëlis und Litzmann begründet, dann durch eine lange Reihe verdienstvoller Namen weiter ausgebaut wurde, ist ihr in der Therapie der mittleren und höheren Grade eine ganz bestimmte Stelle zugewiesen. Platte Becken von 7—9

cm Vera und allgemein verengte von $7^1/_2$—$9^1/_2$ cm Vera sollen durch sie namentlich dann, wenn durch die Verengerung des knöchernen Geburtskanals bereits eine oder mehrere Entbindungen mechanisch erschwert wurden, und besonders dann, wenn infolge dieser Erschwerung der Tod kräftiger, ausgetragener Kinder veranlaßt wurde, Abhilfe finden Das Gebiet der Verkleinerungsoperationen sollte für derartige Fälle ebenso wie das der Sectio caesarea aus bedingter Indikation und das der Symphyseotomie eine Einschränkung erfahren.

Daß sie dies in befriedigender Weise zu leisten vermöchte, ist immer von hervorragenden Geburtshelfern in Frage gezogen worden. In der neueren Zeit besonders nachdrücklich von Spiegelberg, in neuester besonders von Zweifel. Man hat immer wieder auf die schlechten Resultate in Bezug auf die Erhaltung der Kinder hingewiesen und hervorgehoben, daß da, wo diese Resultate gute oder doch leidlich befriedigende waren, es durchaus nicht erwiesen sei, daß die günstigeren Zahlen der früheren Beendigung der Schwangerschaft zu verdanken waren.

Hiervon ist richtig und von Löhlein bereits früher anerkannt worden, daß in vielen Fällen der Litteratur wie des praktischen Lebens die bei der ersten Entbindung beobachteten Schwierigkeiten und üblen Ausgänge zu einseitig auf die vorhandene Beckenenge bezogen wurden, während ungünstige Verhältnisse der Weichtheile und vorzeitiges ärztliches Eingreifen in den einschlägigen Fällen einen oft eben so großen Antheil zu tragen hatten.

Am best n geschützt gegen Einwände aller Art erscheint uns eine statistische Vergleichung der Entbindungsresultate derselben Frauen, die in der Klinik der künstlichen Frühgeburt sich unterzogen haben, mit den genau festgestellten Ausgängen ihrer früheren, theils spontan verlaufenen, theils operativ beendigten Entbindungen. In dieser Beziehung lehrten die aus den letzten drei Jahren (1898—1901) stammenden Ziffern für Gießen, daß da, wo Partus arte praematurus wegen Beckenenge ausgeführt worden war (d. i. in 38 Fällen), die Zahl lebender und lebend entlassener Kinder 60,5 Proz. betrug, während bei denselben 38 Frauen in 100 vorausgegangenen Geburten nur 34 Proz. lebende Kinder geboren wurden. Unter den am normalen Ende der Schwangerschaft ausgeführten Operationen figuriren 19 Verkleinerungsoperationen (mit 100 Proz.), 9 Wendungen (mit 88 Proz.) und 14 Zangen (mit 43 Proz. Mortalität).

So beachtenswerth diese Ziffern sind, so erscheinen sie doch zu klein, um eine überzeugende Beweisführung hierauf zu gründen. Das eine lehren sie indeß trotz ihrer Beschränktheit auf jeden Fall: daß mindestens eine gewisse Zahl von

Kindern lebend erhalten wird, die ohne den Partus arte praematurus verloren gewesen wären. Bedenkt man, daß dies durch ein Mittel geschieht, das bei aseptischem Vorgehen und unter Anwendung der modernen Technik mit keinerlei ernsterer Gefährdung des mütterlichen Lebens verknüpft ist, so wird man zugeben müssen, daß es nur einer Steigerung in der Sicherheit des Erfolges für die Frucht bedarf, um in den Grenzen, in denen die künstliche Frühgeburt mit der Symphyseotomie und dem Kaiserschnitt aus relativer Indikation überhaupt zu konkurriren vermag, ihr im allgemeinen den Vorzug vor diesen Verfahren zuzuerkennen, einfach aus dem Grunde, weil sie für sich keine narbigen Veränderungen der mütterlichen Geburtswege zurückläßt.

In Bezug auf die praktische Bewerthung der künstlichen Frühgeburt möchte L. übrigens nicht unterlassen, neben dem ärztlichen, auf die vergleichende Statistik gegründeten Urtheil auch noch das auf die kühle und scharfe Beobachtungsgabe unserer ländlichen Bevölkerung, aus der sich wenigstens für Marburg, Giessen und wohl noch manche andere deutsche Universität das Material für die künstliche Frühgeburt rekrutirt — zurückzuführende, im ganzen offenbar günstige Urtheil des Publikums als entschieden sehr beachtenswerth hier zu bezeichnen. Die erheblichen Opfer an Zeit und an empfindlicher Belästigung, die einer jungen Frau zugemuthet werden müssen, die sich der künstlichen Frühgeburt unterzieht, würden unsere recht skeptisch urtheilende Landbevölkerung weit seltener die Klinik aufsuchen lassen, wenn die Vergleichung der bei den verschiedenen Entbindungen derselben Frau und gar mancher andern „enggebauten" Frau aus den Bekanntenkreisen gemachten Erfahrungen nicht überzeugend für den Nutzen der Operation sprächen.

Mit vollem Recht ist von den Gegnern der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge immer wieder auf die großen Ansprüche, die sie an die Geduld der Aerzte wie des Publikums stellt, hingewiesen worden. Diesem unleugbaren Mangel ist seit der modernen Ausbildung der Metreuryse zum guten Theil abgeholfen worden. Für die Anhänger der künstlichen Frühgeburt war es daher besonders schmerzlich, jüngst in einer Publikation Ahlfelds die Mittheilung zu lesen, daß seine Resultate seit Einführung der Metreuryse sich nicht unerheblich verschlechtert haben: während nämlich die Zahl der lebenden Kinder in Marburg wie in Giessen früher 60,5 Proz. betrug, sank sie in letzterer Zeit, seitdem die Ballonbehandlung in Marburg durchgeführt wurde, auf 44,8 Proz. Ahlfeld untersuchte daraufhin streng die Punkte, die für diese Verschlechterung der Resultate in seiner Klinik verantwortlich gemacht werden könnten, und kam dabei zu dem Ergebniß, erstens, daß der von ihm früher vertretene

Standpunkt, die Einleitung der Frühgeburt so spät wie möglich zu machen, einzuschränken sei, und zweitens, daß wo möglich die Geburt des Kindes in einer Schädellage anzustreben sei.

Die Giessener Klinik hat die Segnungen der Ballonbehandlung in vollem Masse beobachten können, ohne daß die Resultate schlechter geworden wären als in früheren Jahren. L. beschränkt sich vorerst darauf, in ersterer Beziehung anzuführen, daß, während nach früherer Zusammenstellung (Dissertation von E. B. de Cuvry, Giessen 1898) die mittlere Dauer der künstlichen Frühgeburt zwei Tage und 12 Stunden (60 Stunden) betrug, sie im Laufe der letzten Jahre immer kürzere Zeit beanspruchte, offenbar mit der fortschreitenden Beherrschung der Ballontechnik — so daß sie als mittlere Dauer der letzten 12 Fälle, die in den letzten $1^1/_2$ Jahren zur Beobachtung kamen, nur 15 Stunden verzeichneten. In Bezug auf die erlangten Resultate sei nochmals erwähnt, daß, während in den Jahren 1889 bis 1894 aus der Gießener Frauenklinik 58 pCt. der künstlich frühgeborenen Kinder lebend entlassen wurden, in der Zeit von Mitte 1898 bis Ostern 1901 bei den oben erwähnten 39 künstlichen Frühgeburten, die wegen Beckenenge eingeleitet wurden, 60,5 pCt. der Kinder lebend entlassen werden konnten.

Bezüglich der Technik sei noch erwähnt, daß L. bei der Durchführung der Metreuryse gleich anfangs eine starke Ausdehnung des über den inneren Muttermund emporgebrachten Braun'schen Ballons (mit 600 g Flüssigkeit), die hernach auf 400 g Inhalt ermäßigt wird, als besonders wirksam für die Erregung einer prompt einsetzenden und alsbald sich steigernden Wehenthätigkeit befunden hat, ferner, daß die durch konstanten Zug an dem Ballon ausgeübte Dilatation des Cervikalkanals mit sehr mäßigem Kraftaufwand (1 Kilo Zuggewicht) ausgeübt wurde, und drittens, daß der auf diese Weise künstlich unter sehr kräftiger Wehenarbeit völlig erweiterte Cervikalkanal, durch den der Metreurynter geboren wurde, bei der Ausführung der Wendung mit nachfolgender Extraktion keine Strikturerscheinungen bot, auf welche das Absterben der Früchte bei erschwerter und verzögerter Herausbeförderung des nachfolgenden Kopfes hätte zurückgeführt werden müssen. Bei der häufigsten Form des engen Beckens, dem plattrhachitischen Becken von 7 bis 8 cm vera, gedenkt L. daher auch an der Praxis, die sich uns wohl bewährt hat, festzuhalten und an die vollständige Erweiterung des Cervikalkanals grundsätzlich alsbald die Wendung auf einen Fuß mit nachfolgender Extraktion anzuschließen.

Sommerdurchfälle bei Kindern. Von Med.-R. Dr. Fr. Dornblüth. Die mit Recht gefürchteten Sommerdurchfälle kleiner Kinder rühren unzweifelhaft größtentheils von der Beschaffenheit ihrer Nahrung her, da die Milch mehr als in kühleren Jahreszeiten zu Zersetzungen geneigt ist, ein nicht unbeträchtlicher Theil ist aber der direkten Wärmewirkung auf die Kinder zur Last zu legen.

Auf die Abhängigkeit der Kuhmilch, die ja als Nahrung der hier in Frage kommenden Kinder die Hauptrolle spielt, von dem Futter, der Reinlichkeit und dem Gesundheitsstande der Kuh oder vielmehr der Kühe. Da man von der Bevorzugung einer Kuh als Milchquelle glücklicherweise auch im Publikum so ziemlich abgekommen ist, sowie auf die beim Melken und beim weiteren Milchbetrieb hineingerathenen Unreinigkeiten, Pilzkeime etc. soll hier nicht weiter eingegangen werden, um so weniger, als diese Dinge in allen Jahreszeiten gleich, im Sommer sogar wegen des Weideganges oft günstiger liegen dürften. Nur das schnellere Sauerwerden der Milch, mag es von grösserer Menge oder grösserer Energie des Milchsäurebacillus herrühren, ist im Sommer als der wärmsten Jahreszeit vorzugsweise eigenthümlich, wobei noch weiter Beachtung verdient, daß die Anfangsstadien des Sauerwerdens nicht nur kleinen, sondern auch grösseren Kindern und sogar Erwachsenen gefährlicher sind, als die vollendete, zur freiwilligen Gerinnung führende Säuerung der Milch.

Diese Säuerung zu verhüten und jedenfalls die Kinder vor dem Genuss der sauerwerdenden Milch zu bewahren, ist demnach unabweisliche Aufgabe der Prophylaxe. Man sucht bekanntlich dieser Aufgabe durch Kochen und das auf Kochen beruhende Sterilisiren zu genügen, wodurch die in der Milch enthaltenen pathogenen Bakterien mehr oder weniger unwirksam gemacht und abgetödtet werden. Die mit der vollständigen Sterilisation verbundenen Uebelstände, wie die bedeutende Steigerung der Kosten, die mechanische und vielleicht auch chemische Veränderung des Milchfettes, welche durch Zusammenfliessen der Butterkügelchen und vielleicht auch durch Aenderung des Geschmackes angezeigt wird, die mit Kalkabscheidung verbundene Veränderung des Kaseïns, und vielleicht noch weitere Veränderungen der Milch bei langem und starkem Kochen, und endlich die nach längerem Genuss sterilisirter Milch so oft beobachteten Krankheiten haben D. wie viele andere praktische Aerzte schon längst mißtrauisch gegen die verschiedensten Arten von sterilisirter oder sonst künstlich behandelter Milch gemacht, womit aber nicht geleugnet werden soll, daß die auf irgend eine Art keimfrei gemachte Kindermilch unter

Umständen, namentlich bei Verdauungskrankheiten, sehr nützlich, sogar unentbehrlich sein kann. Die ausschließliche Darreichung solcher Milch auf längere Zeit begegnet dagegen ernsten Bedenken, wie außer den Beobachtungen der Kinderärzte, die unausgesetzten Versuche zur Erzeugung besserer und endlich tadelloser Kindermilch offensichtlich machen.

Das einfache Aufkochen der Milch tödtet oder macht wenigstens zeitweilig unwirksam die Milchsäurebakterien, wie auch andere pathogene Keime, und gewährt besonders dann eine ziemliche Sicherheit, wenn die abgekochte Milch in gut verschlossenen, reinen Gefässen (Soxhlet) rasch abgekocht und so aufbewahrt wird: durch den Verschluß soll das Hineingelangen neuer Pilze, durch die rasche Abkühlung die Wiederbelebung der nicht völlig abgetödteten verhütet werden. Der Geschmack der Milch wird aber durch das Abkochen bekanntlich so verändert, daß sie den meisten Menschen, besonders Kindern, unangenehm wird, und daß sogar an besseres gewöhnte Säuglinge sie versagen. Das sind deutliche Fingerzeige, daß die abgekochte Milch ebenso wie die sterilisirte nützliche Eigenschaften verliert und schlechte gewinnt, die vor ihrem Gebrauche, wenigstens vor dem ausschließlichen, warnt, besonders dann, wenn man Grund hat, die Uebertragung gewisser Krankheiten, wie Tuberkulose, Diphtherie, Scharlach, Typhus u. a. m., in dem besonderen Falle nicht zu fürchten.

Die neuerdings nach dem Milchthermophor gemachten, sehr auffallenden Beobachtungen, daß in ihm die warme Milch keimärmer wird, statt, wie man erwarten sollte, keimreicher, eröffnet einerseits ganz neue Aussichten für die Behandlung und Aufbewahrung der Kindermilch, und knüpft andererseits an ältere Erfahrungen mit pasteurisirter Milch an. Es ist nämlich unzweifelhaft und von D. seit mehr als zwanzig Jahren immer wieder beobachtet, daß pasteurisirte Milch, deren Geschmack dem der rohen, mäßig warmen gleicht, von Säuglingen und größeren Kindern gern genommen und vorzüglich vertragen wird. D. hat Kinder gesehen, die von jeder anderen Milch, auch von kurzer aufgekochter, Durchfall bekamen, die pasteurisirte Milch vollkommen gut vertrugen, so daß er aus ihrem wechselnden Befinden sofort erkennen konnte, ob man etwa aus Bequemlichkeit oder Vorurtheil das Pasteurisiren unterlassen und einfach gekochte Milch gereicht hatte.

Das Pasteurisiren der Milch geschieht im Wasserbade, am bequemsten in Beckers Doppeltopf, von dem der äussere

Wasser, der innere Milch enthält. Wird das Wasser bis zum Beginn des Kochens erhitzt und dann durch mäßiges Feuer annähernd in gleicher Temperatur erhalten, so erreicht die Milch in dem inneren Topf 70—80° C., was bekanntlich in einer halben Stunde zum Pasteurisiren d. h. zur Unschädlichmachung der gewöhnlichen pathogenen Keime, einschließlich der Tuberkelbacillen, hinreicht. Rasche Abkühlung scheint zur Erhaltung dieser Milch nicht nothwendig zu sein. Becker gab schon bei der ersten Empfehlung seiner patentirten Kochtöpfe (Unna in Westfalen) an, daß die auf gelindem Feuer genußfertig gehaltene Milch ebenso gut vertragen wurde, wie die jedesmal frisch pasteurisirte und dann rasch abgekühlte, eine Behauptung, die nach den eben erwähnten Erfahrungen mit dem Milchthermophor durchaus glaubwürdig erscheint. Wo D. Beckersche Kochtöpfe nicht zur Verfügung standen, hat er auf sehr einfache Weise den gleichen Zweck erreicht, indem ich nämlich die mit Milch gefüllte Saugflasche in ein Wassergefäss stellte, auf dessen Boden ein hölzernes Kreuz, Brett oder dergleichen gelegt war, um die Berührung der Flasche mit dem heißen Boden des Kochgeschirres und dadurch ihr Zerspringen zu verhüten. Selbstverständlich ist der Soxhletapparat hierzu vorzüglich geeignet.

Die andere, direkte Wirkung der Sommerhitze auf die Kinder besteht darin, daß sie mit der Zeit die Verdauungskraft und die gesammte Wiederstandskraft gegen schädliche Einflüsse aller Art, auch diejenige gegen minder zuträgliche Nahrung abschwächt. Sehen wir doch sogar Brustkinder unter der Einwirkung länger andauernder Sommerhitze blaß, welk und krank werden, was uns um so weniger wundernehmen darf, als auch Erwachsene mehr oder weniger an ihrem Befinden und vorzüglich an ihrer Verdauungskraft zu leiden pflegen. Pflegt man doch aus diesem Grunde mehr oder weniger bewusst seine Ernährungsweise zu ändern, z. B. mehr Flüssigkeiten zu geniessen, um der stärkeren Verdunstung Ersatz zu liefern, statt fleisch- und fettreicher Nahrung leichtere Milch- und Eierspeisen mit reichlicherem Gemüse und Obst zu genießen, schwerverdauliche Nahrung überhaupt nach Möglichkeit zu vermeiden, außerdem aber durch leichtere Kleidung, Kaltwaschen und Baden, Luftzug in den Zimmern und andere Mittel die Wärmeabgabe möglichst zu steigern, durch Vermeidung anstrengender Körperarbeit u. dgl. die Wärmeerzeugung zu vermindern.

In fast allen diesen Beziehungen wird bei Kindern nur allzuviel versäumt oder geradezu gefehlt. Man reicht ihnen Winters und Sommers die gleiche Nahrung und verlangt,

daß sie gleiche Art und gleiche Mengen gut verdauen und ausnutzen; man hält sie in gleichen Kleidern und gleichen Betten und läßt sie trotz aller Zeichen der Ueberhitzung aushalten, um sie nicht zu erkälten. Als ob nicht zwischen Erkältung und vorsichtigem Abkühlen und Kühlhalten ein gewaltiger Unterschied wäre! Auch das Badewasser wird ängstlich auf denselben Temperaturgrad eingerichtet, und kaum werden abendliche Waschungen ein wenig kühler genommen, als in kälteren Jahreszeiten. Das Nachtheiligste ist die überwarme Schlafstubenluft, der die Kinder in früher Abendstunde bereits überliefert werden, die wegen der geringen Wärmeunterschiede zwischen drinnen und draussen kaum einige natürliche Ventilation erfährt, da man aus eingewurzelter Furcht vor Zug und Nachtluft kein Fenster offen zu halten wagt, und die endlich durch sonnendurchglühte Wände überhitzt sind. Meinert-Dresden hat vor Jahren — mit zahlreichen Tabellen und Kurven den Einfluß der Hitze auf die Sterblichkeit der Kinder, ohne Nahrungsschädigung nachgewiesen, oder doch höchst wahrscheinlich gemacht.

Aufgabe der Aerzte ist es, solchen hygienischen Vorurtheilen und Missständen auf alle Art entgegenzuwirken, sei es direkt als Hausärzte, sei es indirekt durch Belehrung und Beispiel. Wo die Wände in Dachwohnungen, die Dächer und Bodenräume von der Sonne durchglüht sind, kann man durch Begiessen oder Besprengen derselben etc. Abkühlung zu verschaffen suchen. Die Kinder sind während der Tagesstunden in möglichst kühlen Zimmern und auf kühlen Lagerstätten zum Schlafen zu bringen, damit man sie Abends länger aufhalten und die Zimmer einigermassen abkühlen kann. Selbstverständlich sind aus den Betten alle Federn und schwere Decken zu verbannen, wodurch — nebst reiner Luft — das gefürchtete Blosswerfen der Kinder am besten verhindert wird. Kühle und reine Lüfte sind die sichersten Förderungsmittel ruhigen und erquickenden Schlafes! Dabei ist nicht zu übersehen, daß auch zu kühle Bedeckung unruhigen Schlaf und Blosswerfen der Kinder veranlassen kann.

Daß die Kleidung der Kinder der Witterung entsprechend leicht und luftig sein muß, versteht sich von selbst, ebenso, daß sie vor zu starker Besonnung, wie vor zu heißen Räumen zu behüten sind. Im Spiel vergessen sie zwar die Hitze, entgehen aber darum nicht ihrer schwächenden Einwirkung, die bei daran nicht gewöhnten Kindern zu recht bedrohlichen Erscheinungen von Gehirnreizung führen kann.

Die Nahrung wird in Erwägung der schwächeren Ver-

dauung und der stärkeren Verdunstung leichtverdaulich und wasserreicher zu geben sein. Sogar Säuglingen sollte die Milch verdünnter oder ihr größerer Durst durch häufigere Darreichung von frischem, kühlem Wasser gestillt werden. Obst und frische Gemüse sind größeren Kindern nicht vorzuenthalten, auch das Zuviel bringt selten ernsten Nachtheil; nur sollte man dafür sorgen, daß sie nicht vor den Mahlzeiten ihren Magen mit Obst füllen und dadurch unfähig werden, die eigentliche Nahrung in gehöriger Menge aufzunehmen und zu verdauen.

Von äusserster Wichtigkeit ist sorgfältige Hautpflege, nicht nur um die Haut rein und funktionsfähig zu halten, sondern auch zur unmittelbaren Wärmeableitung. Die gewohnten Bäder können und müssen kühler gegeben werden, bei kräftigen Kindern, auch Säuglingen, bis zu 30° C. herunter, und außerdem sind Morgens und Abends kühle Abwaschungen von 25° bis 20° C. zu geben. Der Wärmegrad der Bäder sowohl, wie der der Waschungen wird bestimmt nach der eintretenden Reaktion; werden die Kinder blass und brauchen längere Zeit sowie wärmere Einhüllung, um sich gehörig wieder zu erwärmen, so war das Wasser zu kalt. War es zu warm, so minderte sich die abkühlende Wirkung und statt der Beruhigung folgte Erregung.

Wirklich eingetretene Durchfälle verlangen unbedingt sofortiges Aussetzen der Milch, sowie aller konsistenten Nahrung. Sind die Ausleerungen dünn, wässerig, ohne lebhaft übelen Geruch, ohne Auftreibung des Leibes, heftigere Schmerzen oder andere Zeichen eines schweren Leidens, so genügt in der Regel die strenge Beschränkung auf dünne Schleimsuppen, leichten Thee u. dgl., nebst ruhiger Bettlage, allenfalls mit warmen Tüchern oder einem Priessnitzumschlag um den Leib. Sind die Schmerzen heftiger, die Durchfälle stinkend, wird der Leib aufgetrieben und stellt sich gar Erbrechen ein, so ist der Magendarmkanal möglichst schnell von den faulenden Stoffen zu befreien, einerlei ob infektiöse Milch schuld daran ist, oder ob unvollständig verdaute Nahrungsreste in Zersetzung gerathen sind. Hier sind Magen- und Darmausspülungen, allenfalls mit leichten antiseptischen Lösungen am Platze, deren leichte Ausführbarkeit als bekannt vorausgesetzt werden darf. Genügen sie nicht, um den Magen und Darm von ihrem schädlichen Inhalte zu befreien, oder sind sie aus irgend einem Grunde nicht anwendbar, so sind einige 4—6 Dosen Kalomel (von 00,1—0,05) am Platze, das nicht lediglich abführend, sondern entschieden auch desinficirend wirkt, weil es sicherer, schneller und gründlicher als blosse Abführmittel Abhilfe schafft. Sind durch diese Darreichung von Kalomel die übelriechenden

Durchfälle nicht völlig beseitigt, so ist es nach seiner Erfahrung nicht zweckmässig, das Mittel noch weiter fortzugeben, sondern man sichert den Erfolg durch Kreosot, bei häufigen Durchfällen mit Schmerzen allenfalls auch einem kleinen Opiumzusatz, z. B. Kreosoti fagini gutt. 1, Decoct. Altheae 69, Tr. Opii. simpl gutt. 1—10. Sollten auch darnach Durchfälle fortbestehen, die keinen übeln Geruch mehr haben, so finden aromatisch-bittere Mittel, wie Infus. Cort. Cascarillae oder etwa Tannalbin und Tannigen nützliche Verwendung.

Erst nach Beseitigung der Darmaffektion darf den schleimigen Abkochungen, unter denen Z. Gerstenschleim vorzieht, und die allenfalls durch Eiweisswasser zu unterstützen sind, zuerst Sahne, dann auch Milch in steigender Gabe um einen Theelöffel voll auf die Trinkportion zugesetzt werden, bis man durch den Zustand der Verdauungsorgane berechtigt ist, allmählich zu der gewöhnten Nahrung zurückzukehren.

Warme Bäder, auch möglichst geringe Bewegung des Kindes unterstützen diese Behandlung. Wein und andere Erregungsmittel sind nur bei ernsten Kollapszuständen nöthig und zulässig.

Nach Ueberstehung eines solchen Sommerdurchfalles bleiben die Kinder oft längere Zeit schwach und gegen jede Unregelmässigkeit in der Lebensweise, besonders in der Ernährung, ausserordentlich empfindlich. Hier sind neben bewusster Sorgfalt auch die besseren künstlichen Nährmittel, aufgeschlossenes Stärkemehl mit leichtverdaulichem Eiweiss, wie Theinhardt, Knorr und vor allem Kufekes Kindermehl und andere mehr an ihrem Platz.

(Aerztl. Monatsschrift 6/01.)

Verschiedenes.

Als wirksame **Therapie** des bei Kindern durch schlechte Gewohnheit entstehenden **Augenblinzelns** empfiehlt Wolffberg (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, 1901, No. 26) ein mehrstündiges Verbinden des einen Auges, wodurch er in 2 Fällen Heilung beobachtete. W. glaubt, daß das Sehen auf einem Auge durch das Blinzeln in so hohem Maaße gestört werde, daß das betreffende Individuum mit aller Energie diese üble Angewohnheit bekämpft. Es giebt noch eine Art, auf das

Blinzeln einzuwirken, und zwar die Aufforderung, zu pfeifen. Sobald das Kind zu pfeifen versucht, muß es das Blinzeln unterlassen, in anderen Fällen hört das Blinzeln selbst auf.

Gegen Otorrhoe wird (Med. Woche 1901, No. 10) die Einspritzung folgender Mixtur in den äußeren Gehörgang empfohlen:

Rp.	Kalii jodati	1,0
	Tincturae jodi	10,0
	Alkohol. absoluti	
	Glycerini aa	15,0
	Jodoformii	1,0

M. D. S. Aeußerlich.

Anzeige.

Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen. Von Dr. Hermann Rohleder, Specialarzt für sexuelle Erkrankungen in Leipzig. Berlin W. 35. 1901. Fiſcher's mediciniſche Buchhandlung (H. Kornfeld), 194 S. Preis 4,50 Mk.

Die in dem vorliegenden Werk behandelten Fragen finden sich in einzelnen Monographien oder Lehrbüchern meist unvollständig und ohne rechten Zusammenhang, mehr nebenher behandelt und sind daher dem Practiker nicht jederzeit leicht zugänglich; um diesem Uebelstand abzuhelfen, hat R. seine Monographie geschrieben, in welcher er alles für die allgemeine Praxis Wissenswerthe aus dem betr. Gebiet kurz und übersichtlich zusammenzustellt. Er behandelt den Stoff in 3 Hauptabſchnitten, von denen der erste dem Geſchlechtstrieb, sowohl dem normalen, sowie seinen verſchiedenen krankhaften Abarten und Veränderungen gewidmet ist; der zweite Hauptabſchnitt behandelt die normale und die abnorme Cohabitation; das Schlußkapitel schildert die Vorgänge bei der Conception, sowie die bisherigen Versuche der künstlichen Befruchtung beim Menschen. Diese Eintheilung des Stoffes ist als recht annehmbar zu bezeichnen. Aus der Darstellung wollen wir als besonders gelungen die Besprechung der Frage der sexuellen Abstinenz, sowie die Schilderung und Kritik der Methoden zur Verhütung der Conception in Verbindung mit der Würdigung des Neo-Maltusianismus hervorheben. Seinem Inhalt nach ist das Werk recht geeignet, Aerzten ein Führer durch ein Gebiet zu werden, auf welchem sie aus eigener Erfahrung erklärlicher Weise meist sehr wenig bewandert, doch Anderen oft Rath ertheilen sollen. Dr. R.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 9. XXL. Jahrgang 25. September 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber Combination von Arzneimitteln; Originalartikel von Dr. Wiek in Schleswig. — Irre in Freiheit. — Ueber die Gefahren des wachsenden Zuckerkonsums. Ueber den Einfluss des Urotropins auf die Darmfäulniß. Ueber Chinin und seine Ester. — Ueber percussorische Transsonanz. Ueber Kehlkopferkrankungen im Verlaufe des Diabetes. Ueber Infektiosität des Krebses. — Vereinfachung und Verbilligung des aseptischen Materials. Die moderne Behandlung des akuten Trippers. Zur Entfernung der Placenta durch äussere Handgriffe. Genese, Prophylaxe und Behandlung der Eklampsie. — Zur Behandlung der Furunkulose mit Ichthyol. Ueber die Behandlung der Fettleibigkeit mit Jodothyrin. Ueber Vergiftungen durch Agaricus torminosus.

Ueber Combination von Arzneimitteln.

Originalartikel von Dr. Wieck in Schleswig.

Die ältere Richtung der Pharmacologie in der Medicin ging ja bekanntlich dahin, aus den Wurzeln, Rinden, Blättern, Blüthen der Pflanzen auf dem Wege der Abkochung oder des Auszuges alle wirksamen Bestandtheile auszuscheiden, um so dem kranken Organismus neben mehr oder weniger wirksamen Stoffen das hauptsächlich wirksame Princip einzuverleiben. Heut zu Tage ist es den Fortschritten der Chemie zu danken, daß wir im Stande sind, aus den meisten Pflanzen den allein wirksamen Bestandtheil zu isoliren und anzuwenden. So kennen wir z. B. das Alcaloid aus den Fol. Digitalis, das Digitalin oder Digitoxin, aus der Cort. Chinae das Chinin, aus den Fol. Belladonnae das Atropin, aus den Fol. Cocae das Cocaïn, aus den Fol. Jaborandi das Pilocarpin, aus dem Papaver somn. das Morfin, Narceïn, Codeïn und wie die anderen Alcaloide alle heißen mögen, aus dem Samen der Nux vomica das Strychnin u. s. w. — Wenn nun einerseits nicht geleugnet werden kann, daß die Kenntniß und Anwendung der Alcaloide, besonders für die subcutane Anwendung der betreffenden Mittel von unschätzbarem Nutzen ist, so ist es andererseits sicher, daß in den Fällen, in denen wir genöthigt und im Stande sind, den Kranken Arzneimittel per os einzuverleiben, Infuse oder Decocte, also combinirte Arzneimittel wirksamer sind als die hauptsächlich wirksamen Bestandtheile, die Alcaloide. Außerdem ist die Wirkung der Alcaloide allein eine so intensive, daß z. B. in der Kinderpraxis, die ja doch

eigentlich nur die Verabreichung per os zuläßt, dieser Umstand allein die mehr combinirte Anwendung aufnöthigt. Wenn wir nun aber die Thatsache als richtig anerkennen, daß die Infuse oder Decocte der Pflanzen unter Umständen eine größere Wirkung entfalten als die Alcaloide, so ergiebt sich daraus weiter die Lehre auch bei Verordnung mineralischer oder metallischer Arzneimittel, mehr als bisher auf combinirte Weise vorzugehen.

Zum Beweise gestatte ich mir, einige Beispiele anzuführen. Bei Angina follicularis und leichteren Fällen von Diphtherie, überhaupt allen Processen des Rachenraumes, die mit Exsudation auf den Tonsillen einhergehen, pflege ich ein Chinaedecoct mit Kal. chlor. zu verordnen und bin fest überzeugt, daß die Heilwirkung eine intensivere ist, als wenn man eine Solutio Chinini mit Kal. chlor. oder eine Chlorkali-Lösung allein gäbe. Dasselbe Verhältniß liegt beim Infus-Digitalis vor. Besser als Santonin gegen Oxyuris vermicularis wirkt zum Beispiel die combinirte Formel:

Santonin.	0,03
Calomel.	0,02
Rd. Rhei plv.	0,25
Sacch. alb.	0,3

M. f. p. D. t. d. X. S. 3 × tgl. 1 Pulver (Köhler).

Eine gute Combination gegen Cholera nostras der Kinder und acuten Darmcatarrh ist ferner:

Tannalbini	0,25—0,5
Calomel.	0,01
Sacch alb.	0,5

M. f. p. D. t. d. X. S. 2 - 3 stdl. 1 Pulver.

Bei chronischer Gastritis, Ulcus ventriculi, auch chron. Enteritis verordnet man ja häufig Natr. bicarb. mit Bism. subn., statt dessen folgende Formel bessere Dienste thut:

Magn. carb.	
Bism. subnitr.	
Natr. bicarb.	
Sacch. alb.	
	ana 10,0
Olei Menth. pp.	gtt. III.

M. f. p. S. 3 × tgl. $^1/_2$—1 Theel.

Will man ferner die expectorirende mit der narkotischen Wirkung verbinden, so verschreibt man zweckmässig eine Combination von Apomorfin mit Morfium.

Apomorf. mur.	0,06
Morf. mur.	0,05
Aq. dest.	180,0
Acid. mur. dil.	gtt XXV.
Syrp. Senegae	20,0

m. d. s. 2stdl. $^1/_2$ - 1 Esslöffel.

Ebenso Ipecacuanha mit Codeïn

Inf. rad. Ipecacuanhae	0,6	: 180,0
Codeïni		0,10
Sp. cort. Aurt.		20,0

M. d. S. 2stdl. ½—1 Esslöffel.

In Fällen, bei denen das Morfium allein, sei es subcutan, sei es per os, nicht mehr wirkt, thut oft eine Combination von Antifebrin mit Morfium gute Dienste, z. B. bei inoperablem Carcinom des Darmes oder des Magens oder bei heftiger Trigeminusneuralgie.

Aus diesen wenigen Beispielen ersehen wir, daß es unsere Pflicht ist, im Interesse der Kranken, um eine möglichs große Heilwirkung zu erzielen, in allen Fällen, in denen es möglich ist, eine Combination von Arzneimitteln zu verordnen.

Irre in Freiheit.

Die großen französischen psychiatrischen Zeitschriften fahren fort, über die Gefahren zu berichten, welche das uncontrolirte Irresein mit sich führt, und auch die deutschen Tagesblätter bringen Fälle genug, an welche der Leser die Frage knüpft, warum bringt man denn nicht solche Personen, die als offenbar geisteskrank und sogar als gefährlich seit längerer Zeit bekannt waren, in die größere Sicherheit der Irrenanstalten, die doch für die Aufnahme solcher Kranken da sind! Mancher macht auch, nicht ganz mit Unrecht, dem Staate den Vorwurf, daß er nicht früh genug eingreift, um gefährliche Ausschreitungen offenbar irrer Personen zu verhüten, und ist es in der That auffallend, daß so mancher unheimliche Geisteskranke, ein seine Familie bedrohender und mißhandelnder Trinker, ein die häusliche und nachbarliche Umgebung erschreckender Epileptiker, ein Idiot, ein notorisch Verrückter auch nach wiederholten Ausschreitungen, die deutlich genug beweisen, daß er nicht taugt für den Verkehr in der gesellschaftlichen Freiheit — dennoch diesen Verkehr lange fortsetzen kann, bevor sich die Ortspolizei um ihn zu bekümmern scheint, als ob sie von den durch seine Krankheit verursachten Störungen und lärmenden Auftritten in und außer dem Hause nichts wisse.

Wie furchtbare Folgen solche Unwissenheit, Gleichgültigkeit und Sorglosigkeit — oder wie man es nennen mag — nach sich ziehen kann, zeigt mancher mitgetheilte Fall, der die Forderung rechtfertigt: „höheren Ortes muß man befehlen, die Versetzung von Irren in die Anstalt ohne Aufschub vorzunehmen.“

In dem ärztlichen Jahresbericht der Provinzial-Irrenan-

stalt Göttingen pr. 1885 wird S. 7 mitgetheilt: L., schon einige Zeit geisteskrank, wird am 4./11. plötzlich in der Nacht unruhig und gewaltthätig; schon am 5./11. wird beim Landrathsamt die Aufnahme in die Irrenanstalt beantragt. Die üblichen Formalitäten nahmen 20 Tage in Anspruch, erst am 24./11. kam L. in der Anstalt an „mit einem Bruch des linken Fersenbeins, des Brustbeins und dreier Rippen; der Tod erfolgte in Folge dieser Verletzungen am 4. Dec. Diese aber wären verhütet durch die sofortige Versetzung des gewaltthätigen Kranken aus der häuslichen Freiheit in die größeren Schutz gewährende Irrenanstalt.

Oft genug ist, seitdem es ärztlich geleitete Irrenanstalten gibt, über die Verspätung und Verschleppung der Aufnahme in diese geklagt, und wohin solche führt, zeigen deutlich genug immer neue Unglücksfälle und bedauerliche Vorkommnisse aller Art.

So berichten die Annal. Méd. Psycholog. im Mai-Juni-Hefte d. J.

1. Frau E., 34 Jahre alt, seit einiger Zeit deutlich krank, versuchte in einem Anfalle von Raserei ihr drei Monate altes Töchterchen, das in seiner Wiege neben ihrem Bette schlief, zu erwürgen. Es gelang dem Manne, ihr das Kind zu entreißen. Nun wandte sich die Wuth der Geisteskranken gegen den Mann; sie nahm ein Fläschchen mit Schwefelsäure, das sie irgendwo gekauft und Abends versteckt hatte, und schleuderte seinen Inhalt dem Mann ins Gesicht, der schrecklich verbrannt zu Boden sank. In diesem Augenblicke drangen Hausbewohner ins Zimmer und bewältigten die Frau, welche laut lachte. Der Mann wurde in ein Hospital gebracht; er wird blind bleiben.

2. Mord-Versuch. Die Näherin J., 35 Jahre alt, seit einiger Zeit geistesgestört, drohte fortwährend den Hausbewohnern, sie zu erschießen, und diese, aus Furcht vor ihr, bewirkten, daß ihr die Wohnung gekündigt wurde. Sie bezog eine andere Wohnung. Beim Umzug sagte sie einem Herrn G., den sie namentlich im Verdacht hatte: ich ziehe ab, aber ich komme wieder und werde Sie tödten.

In der That, als G. gestern das Haus verließ, sah er die Unglückliche auf ihn zukommen; sie zog einen Revolver aus ihrem Mieder und feuerte drei Schüsse auf ihn ab; eine Kugel drang durch den rechten Arm des G., die andern zerstörten die Fenster eines Kaufladens, ohne Jemanden zu treffen.

Schutzmänner, durch den Lärm herbeigerufen, brachten die Geisteskranke zum Polizei-Commissar.

Man könnte solche Fälle, in denen erst nach einer Katastrophe die gesunde Bevölkerung vor den Ausschreitungen der Irren geschützt wird, verhundertfachen. Man lese

nur die täglichen Berichte der politischen Tagesblätter. Die in Freiheit lebenden Irren sind in der That eine beständige Gefahr für die menschliche Gesellschaft, die nicht selten heimlich und plötzlich hereinbricht, selbst über arglose, unbetheiligte Personen, die in gar keiner Beziehung zu den Attentaten stehen.

Der Staat kann diese Gefahr nicht beseitigen, wohl aber verringern. Ein Gesetz vom 30. Juni 1900 bezieht sich auf die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (Lepra, Cholera, Pest, Pocken etc.), und fordert die unverzügliche Anzeige der Erkrankung, selbst jeden Falles, der nur den Verdacht der Erkrankung erregt, bezeichnet die zur Anzeige verpflichteten Personen, die Pflichten und Rechte der Polizeibehörden und der beamteten Aerzte, die Schutzmaßregeln gegen die Ausbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten, schließlich auch die verschiedenen Strafvorschriften.

In diesem Gesetze ist von der hinterlistigsten aller gemeingefährlichen Krankheiten, vom Irresein, gar keine Rede. Heimlich und sogar wissentlich verheimlicht schleicht es in Familien und Gemeinden fort, und selbst bei der Ortsbehörde zur Anzeige gebrachte Fälle, die der Bewachung oder der sofortigen Unterbringung in einer Irrenanstalt bedurften, bleiben noch lange genug in Freiheit, um unsägliches Unheil nachzuziehen, für das es gesetzliche Bestrafungen und Entschädigungen betheiligter Personen nicht giebt.

Ist denn wohl jemals durch eine angeblich gesetzwidrige „Einsperrung“ in einer Irrenanstalt ein Unglück herbeigeführt, das dem gleich käme, was offenbar Irre in Freiheit in Tausenden von Fällen heraufbeschwören? Und wie hat man sogar schon im Reichstag jene „Einsperrung“ gegeißelt, ohne auch nur anzudeuten, was geschehen könne und müsse, um die Loslassung der Irren auf die gesunde Bevölkerung zu verhüten.

Im Gegentheil hat man in dem ganzen deutschen Reiche Maßregeln empfohlen (Laien-Commissionen, Verpflegung der Irren in der Familie als Regel), welche geradezu den Irren jedem Schutz entziehen und gefährliche Irre erziehen. Wie weit die Verpflegung der Irren in der eignen Familie ihrer Genesung und ihrem Wohle förderlich ist, das lehren die jährlichen Irrenanstaltsberichte, die kaum im Volke bekannt werden. (Der Irrenfreund.)

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Offene und beherzigenswerthe Worte spricht der Baseler Physiolog, Prof. Bunge, aus, indem er über **den wach-**

senden Zuckerkonsum und seine Gefahren sich (Allg. med. C. Ztg. 58/01) folgendermaßen äußert: Mit dem Aufgeben des Alkohols wächst das Verlangen nach Kohlehydraten, insbesondere nach Zucker. Wenn dieses Verlangen befriedigt wird durch den Genuß natürlicher Nahrungsmittel zuckerreicher Früchte, so führt, wie immer, der gesunde Instinct zur Erhaltung der Gesundheit. Wenn man dagegen zu unnatürlichen Nahrungsmitteln greift, zu einem mit künstlichen Mitteln dargestellten chemischen Individuum, zum reinen Zucker, so müssen wir schon a priori erwarten, daß diese Abweichung von der Norm nicht ohne nachtheilige Folgen für die Gesundheit bleiben wird.

Dazu stimmen auch die Bedenken, welche aus der physiologisch-chemischen Untersuchung sich ergeben. Alle unsere natürlichen Nahrungsmittel sind nicht chemische Individuen, sondern Gemenge einer ganzen Reihe chemischer Individuen. Unter diesen sind bekanntlich die wichtigsten, welche in keinem Nahrungsmittel ganz fehlen: die Eiweißstoffe, die Fette, die Kohlehydrate — zu welch' letzteren auch der Zucker gehört — und gewisse Salze. Wenn man nun aus allen diesen unentbehrlichen Stoffen einen einzigen, ein Kohlehydrat, den Zucker herausgreift, ihn chemisch isolirt und allein oder mit geringen Zuthaten genießt, so werden dem Organismus zu kleine Mengen der anderen unentbehrlichen Nahrungsstoffe zugeführt. Die Menge von Eiweiß und Fett in den zuckerreichen Früchten ist nicht bedeutend und kann leicht ersetzt werden durch eine kleine Menge animalischer Nahrung, welche reich an diesen Stoffen ist. Dagegen ist der Ausfall an anorganischen Salzen, welcher daraus sich ergiebt, daß statt der zuckerreichen Früchte reiner Zucker genossen wird in Quantitäten bis zu mehreren hundert Grammen im Tage, ein sehr bedenklicher, insbesondere der Ausfall an Kalk, an dem unsere Nahrung oft ohnehin schon viel zu arm ist. Es ist ferner zu bedenken, daß die Früchte organische Eisenverbindungen enthalten, an denen gleichfalls leicht Mangel und infolgedessen Blutarmuth eintritt.

Die Gefahr einer ungenügenden Zufuhr von Kalksalzen und Eisen ist besonders groß beim wachsenden Organismus beim Kinde, welches diese Stoffe zum Aufbau seiner Gewebe und Organe bedarf. Gerade diese Kinder haben das lebhafteste Verlangen nach Zucker. Es liegt dieses nur daran, daß Kinder sich in der Regel mehr Bewegung machen als Erwachsene. Ein Mann, der auf den Alkohol verzichtet und sich ebenso viel bewegt wie ein Kind, hat auch den Appetit des Kindes.

Wenn also die Kinder nach Zucker verlangen, so gebe man ihnen zuckerreiche Früchte: vor allem wirklich reife

Trauben, ferner Feigen, Datteln, Birnen, Aprikosen, Pflaumen, welche frisch oder getrocknet das ganze Jahr über zu haben sind. Man entziehe den Kindern aber möglichst vollständig alle Zuckerwaaren, die aus reinem Zucker mit geringen Zuthaten bereitet werden: Bonbons, Konfekt aller Art. Der Gebrauch des reinen Zuckers soll möglichst eingeschränkt werden als Zusatz von Speisen zu den Genussmitteln Kaffee und Thee, falls man diese letzteren nicht glaubt entbehren zu können.

Am wenigsten wird der Zucker zu entbehren sein bei der Chokoladenbereitung, weil die herrlich aromatische und sehr nahrhafte Kakaobohne — die „Götterspeise", Theobroma, wie Linné sie taufte — ohne Zucker nicht genießbar ist.

Zum Einkochen der Früchte und Beeren verwende man möglichst wenig oder gar keinen Zucker. Zum Conserviren der Früchte hat man ja den vielen Zucker nicht mehr nöthig, seit man gelernt hat, durch luftdichten Verschluß die Gährung zu verhindern.

Die erwähnte Gefahr einer ungenügenden Zufuhr von Salzen ist nicht blos für den wachsenden Organismus der Kinder vorhanden. Auch der Erwachsene wächst weiter, aber über die Schranke des Individuums hinaus. Daß die Frauen in der Zeit der Gravidität und der Laktation der Salze und des Eisens in ebenso reichem Maße bedürfen wie die Kinder, ist einleuchtend. Es verhält sich wahrscheinlich auch mit dem Nahrungsbedarf des erwachsenen Mannes nicht anders.

Deshalb sollen Mann und Weib, Jung und Alt, den Gebrauch des chemisch isolirten Zuckers möglichst einschränken.

Es ist ein verbreiteter Volksglaube, daß der Zucker die Zähne schlecht mache. Wenn dieses richtig ist, so liegt das jedenfalls nicht daran, daß das mechanische Zerbeißen des Zuckers die Zähne schädigt, ebenso wenig daran, daß die Säuren, die durch Gährung aus dem Zucker im Munde entstehen, die Zähne angreifen — der Zucker ist ja gerade dasjenige Kohlehydrat, welches die kürzeste Zeit zwischen den Zähnen verweilt — sondern es liegt daran, daß infolge der Sättigung mit Zucker weniger Vegetabilien genossen werden, welche uns die Kalksalze zur Ernährung der Zähne zuführen.

Aus demselben Grunde erklärt es sich vielleicht, wenn Kinder, die mit Konditorwaren gefüttert werden, blutarm sind. Nicht weil der Zucker schädlich ist, sondern weil der reine Zucker sättigt und die Kinder abhält, eisenhaltige Nahrung zu genießen, werden sie blutarm.

Was vom Zucker gilt, gilt natürlich noch weit mehr vom Alkohol. Der Alkohol enthält nur einen Theil von den

Spannkräften des Zuckers. Selbst wenn wir zugeben könnten, daß dieser Theil als Nahrung Verwerthung finde, so wäre es doch verkehrt, dieselbe in einer solchen Form aufzunehmen, daß die Aufnahme aller anderen Nahrungsstoffe darunter leidet. Die werthvollsten Nahrungsstoffe der Traube und des Getreides gehen bei der Bereitung der alkoholischen Getränke verloren. Außerdem aber ist es nicht bewiesen, daß der Alkohol überhaupt als Nahrung irgend eine Verwerthung findet. Die sorgfältigsten und zuverlässigsten Versuche sprechen dagegen.

Was vom Zucker gilt, gilt ferner von allen künstlichen Nahrungspräparaten. So lange unsere Kenntnisse über die Vorgänge der Ernährung noch so dürftig und lückenhaft sind, können wir ganz sicher sein, daß wir Mißgriffe begehen werden, wenn wir die Natur meistern wollen und statt der uns von der Natur gebotenen Nahrungsmenge chemische Präparate und isolirte chemische Individuen aufnehmen.

Eine eingehende wissenschaftliche Begründung der hier dargelegten Ansichten wird demnächst in der „Zeitschrift für Biologie" erscheinen.

Für die staatliche Gesundheitspflege ergiebt sich aus diesen Betrachtungen folgendes: Man besteuere den Zucker möglichst hoch. Man beseitige alle Zölle auf die Einfuhr von Südfrüchten. Man befördere mit allen Mitteln den Gartenbau und die Obstkultur.

Ueber den Einfluss des Urotropins auf die Darm-Fäulniss. Prof. Dr. W. F. Loebisch (Innsbruck) berichtet über Versuche, welche E. Meyerhofer auf seine Veranlassung über den Einfluß des Urotropins auf die Darmfäulniß ausgeführt hat. Als Maass für die Darmfäulniß wurde die Menge der durch den Urin ausgeschiedenen Aetherschwefelsäure und die Intensität der Indicanreaction des Urins benutzt. Es zeigte sich, daß durch Urotropin in der That die Darmfäulniß beträchtlich vermindert wird und daß es schon in mässigen Gaben von 2,0 g täglich die Ausscheidung der Indoxylschwefelsäure im Harn bedeutend herabsetzt und sogar gänzlich aufhebt.

L. erörtert nun die Frage, ob sich diese Wirkung therapeutisch verwerthen läßt. Eine Art Darmdesinfection besteht in der Entleerung des Darmes. Auch Calomel wirkt nicht direct als Darmdesinficiens, sondern hauptsächlich dadurch, daß es Durchfälle erzeugt. Für alle diejenigen Fälle, in denen die Anwendung dieser Methode wegen der damit verbundenen Schwächung des Patienten nicht angängig ist, ist es wünschenswerth, ein Mittel zu besitzen, welches ohne künstliche Entleerung des Darmes diesen zu desinficiren im Stande ist. Die bisher für diesen Zweck empfohlenen

Mittel haben sich nicht als zuverlässig erwiesen und haben sich nicht einbürgern können. L. ist der Ansicht, daß in solchen Fällen das Urotropin zu versuchen sei, dessen entwicklungshemmende Wirkung sich bei Blasenleiden und Bacteriurie bereits bewährt hat.

(Wiener Med. Presse 1901, No. 27. u. 28.)

Ueber Chinin und seine Ester schreibt D. Overach (Greiz) („Centralbl. f. innere Med." 1901, No. 33a): Seit das Euchinin sich praktisch gut bewährt hat, wurde der Versuch gemacht, auch andere, demselben analoge Ester des Chinins herzustellen. Unter diesen hat O. den Chininester der Salicylsäure, Salochinin, als ein sehr gutes Fiebermittel und Heilmittel bei Neuralgie und Neurosen bewährt gefunden. Es ist absolut geschmacklos, erzeugt keinerlei Störungen des Nervensystems, wie Ohrensausen, Schwindel, Sehstörungen etc., und reizt den Verdauungs- und den Harnapparat selbst in großen Dosen oder bei lange fortgesetztem Gebrauche absolut nicht. 2 g Salochinin entsprechen 1 g gewöhnlichem Chinin. Als Antineuralgicum wirkt es in Dosen von 2 g Abends, resp. ein zweitesmal Nachts genommen, bei Ischias sehr gut. Auch bei Typhus wirkt es als mildes Antipyreticum auch auf den gesammten Krankheitsverlauf sehr vortheilhaft, und zwar am besten Abends eine Dosis von 2 g, kurz vor dem Bade genommen. Als neutrales Salz des Salochinin entfaltet das Salicylat — Rheumatin genannt — gleichzeitig die Chinin- und die Säurewirkung. Dieses völlig geschmacklose, in Wasser schwer lösliche Salz besitzt eine vorzügliche antirheumatische Wirkung. Das Rheumatin enthält circa 50% Salicyl und ist als ein einheitlicher Körper von eigener Wirkung anzusehen. Bei schwersten Fällen von Gelenkrheumatismus, Recidiven und Complicationen von Seite des Herzens, hat es sich vortrefflich bewährt. O. stellt das Mittel über alle anderen Salicylpräparate. Er verordnet die ersten drei Krankheitstage dreimal täglich 1 g, dann einen Tag Pause, nachher vier Tage je 4 g pro die und jeden fünften Tag Pause. Besondere Vorzüge sind völlige Geschmacklosigkeit und absolute Unschädlichkeit für Magen und Herz. Rheumatin eignet sich auch sehr gut für gonorrhoischen Rheumatismus, Neuralgien und tabische Schmerzen. Salochinin und Rheumatin werden ebenso wie Euchinin von den Chininfabriken Zimmer & Co., Frankfurt a. M., hergestellt.

II. Medicin.

Ueber percussorische Transsonanz. Von J. W. Runeberg. (Zeitschrift f. klin. Med., LII, No. 1 und 2). Die von Laennec bereits gekannte combinirte Anwendung der Auscultation und Percussion suchten später Camman und Clark zu einer selbständigen Methode zu entwickeln, indem sie die verschiedenen, bei der Percussion entstehenden Schallarten durch Auscultation des erzeugten Schalles näher erforschen wollten, um daraus Schlußfolgerungen über die Ausdehnung und Beschaffenheit der Organe in gesundem und erkranktem Zustande zu ziehen. Die auf diese Weise gewonnenen Resultate waren aber wenig befriedigend; die neue Methode war in ihrer Ausführung schwierig und ihre Ergebnisse nicht besser, als diejenigen, welche durch gewöhnliche Percussion erzielt werden.

In neuerer Zeit haben aber Henschen und später Runeberg sich der auscultatorischen Percussion wieder angenommen und gefunden, daß bei richtiger Technik und weiser Beschränkung der an diese Methode zu stellenden Forderungen dieselbe im Stand ist, sehr nützliche Dienste zu leisten.

Henschen hatte bereits beobachtet, daß die Schallwellen in einem lufthaltigen Raume sich mit großer Leichtigkeit ausbreiten, bis sie an eine Wand gelangen. Auscultirt man daher über einem größeren, lufthaltigen Hohlraum und percutirt an irgend einer anderen Stelle über demselben Hohlraum, so wird der Schall mit großer Intensität bis zum auscultirenden Ohr fortgepflanzt, solange noch die percutirte Stelle nicht durch irgend eine Wand von dem Ort der Auscultation getrennt ist. Sobald aber der Percussionsstoß außerhalb der Höhle fällt, wird der Schall schwach und entfernt und verliert die eigenthümliche Klangfarbe und Intensität, die ihn charakterisirt, solange man noch über derselben Höhe percutirt. Runeberg machte nun die weitere Beobachtung, daß dieselbe Erscheinung ebenfalls zu beobachten ist bei Hohlräumen, welche mit Flüssigkeit gefüllt sind, bei lufthaltigen oder luftleeren Organen überhaupt, bei begrenzten Geschwülsten u. s. w. Auch hier wird der durch die Percussion hervorgerufene Schall unmittelbar und mit unverändertem Charakter zum auscultirenden Ohr fortgeleitet, solange man noch über dem auscultirten Organ percutirt, verschwindet aber oder verändert im wesentlichen Grade seinen Charakter, sobald die Grenzen des Organs bei der Percussion erreicht werden, oder sobald man bei ganz schwacher Percussion außerhalb des unmittelbar unter der Brust- oder Bauchwand liegenden Theiles des Organs ausschlägt.

Wenn man praktisch verwerthbare Resultate erreichen will, muß man auf eine nähere Analyse der Schallerscheinungen, welche verschiedene Organe geben, verzichten und sich ausschließlich auf die Begrenzung des auscultirten Organs beschränken. Dazu empfiehlt Runeberg folgendes Verfahren: „Das Stethoskop wird über das zu untersuchende Organ in der Weise angesetzt, das es sich an einer Stelle befindet, wo dieses unmittelbar unter der Brust- oder Bauchwand liegt. Durch ganz schwache Percussion oder noch besser durch eine streichende Berührung mit der Fingerspitze in der Nähe des Stethoskops wird nun ein Geräusch oder Schallphänomen hervorgerufen, welches sich durch das Organ zum auscultirenden Ohr fortpflanzt, Schritt für Schritt wird jetzt der percutirende oder streichende Finger vom Stethoskop entfernt. Solange man hierbei sich über dem auscultirten Organ befindet, wird das Transsonanzgeräuch deutlich und wie unmittelbar in dem Ohr gehört; sobald die Grenze des Organs aber erreicht wird, verschwindet dasselbe oder sein unmittelbarer Charakter geht vollständig verloren. Hierbei ist zu bemerken, daß man, wenn es gilt, einen Theil des Organs, welcher unmittelbar hinter der Brust- oder Bauchwand liegt, zu begrenzen, am besten nur das schwache Berührungsgeräusch anwendet, wenn aber die wirklichen Grenzen eines Organs, das theilweise von einem anderen bedeckt ist, zu bestimmen sind, wird ein stärkerer Anschlag oder Fingerstoß benützt".

Die Grenzen werden ebenso leicht und deutlich wahrgenommen zwischen zwei mit Luft gefüllten Organen, welche beide einen gleichartigen, typanitischen oder sonoren Percussionsschall geben, wie zwischen zwei luftleeren, neben welchen der Percussionsschall beiderseits vollständig matt ist. So kann man die Grenzen zwischen Magen und Colon, die obere und untere Grenze von Colon transversum, die Grenze einer Pneumothoraxhöhle gegen die anstoßende Lunge oder den Magen, zwischen Herz und Leber, zwischen Herz und einem an demselben liegenden linkseitigen Pleuraexsudat zwischen der Leber und einem rechtsseitigen Pleuraexsudat oder zwischen der Leber und einem unmittelbar unter derselben liegenden Peritonalexsudat oder Neubildung, zwischen der ausgedehnten Gallenblase und der Leber u. s. w. bestimmen.

Bei der Untersuchung kann man ebensowohl das gewöhnliche feste, als ein biegsames Stethoskop benutzen. Letzteres ist insofern bequemer, als man bei dessen Anwendung zugleich das Untersuchungsgebiet übersehen und leichter die gefundenen Grenzen auf der Haut aufzeichnen kann. Das biegsame Stethoskop hat aber den Nachtheil, störende Nebengeräusche leicht zu erzeugen, welche man durch Uebung zu unterscheiden und zu überhören lernen muß.

Ueber Kehlkopferkrankungen im Verlaufe des Diabetes (Laryngitis diabetica). Von Prof. Dr. O. Leichtenstern. Diese Kehlkopfaffectionen liefern wie so manche andere, einen Beweis für die Nothwendigkeit allgemeiner medicinischer Bildung der Kehlkopfärzte, denn sie gehören nach Aetiologie, Diagnose und Therapie fast ganz in das Gebiet der inneren Medicin; sie werden auch in den Specialwerken der Laryngologie kaum berührt. Es würden sich aber die Mittheilungen hierüber sicherlich häufen, wenn die Laryngologen bei jedem Fall von primärem Larynxödem, Phlegmone und Abscess des Larynx ihre Aufmerksamkeit auch auf den Diabetes richten würden. In den leichtesten Fällen klagen die Patienten über auffallend rasches Trockenwerden der Kehle bei lautem Sprechen, über Versiegen der Stimme und bald eintretende Heiserkeit oder über das Gefühl anhaltender Trockenheit im Rachen. L. schildert mehrere solche Fälle, welche lange Zeit jeder möglichen Localbehandlung erfolglos unterzogen wurden, bis durch die Sicherstellung des Diabetes mellitus das Leiden klar wurde. Hier handelt es sich um Hyposecretion und dadurch bedingte Neigung zum Trockenwerden der Stimmbänder. L. möchte hier den nichts präjudicirenden Namen Siccitas laryngis oder Laryngoxerosis vorschlagen. Analoge Zustände kommen im Pharynx vor; in beiden Organen kann es nach längerem Bestehen des Leidens zu wirklichen Entzündungserscheinungen kommen. Diese Affectionen haben als Frühsymptom des Diabetes für die Diagnose grosse Bedeutung, denn sie waren alle nicht von Steigerung des Durstes begleitet und traten anscheinend als rein locales Leiden auf; sie sind von nervös-secretorischer Natur.

Eine andere, außerordentlich seltene Erkrankung ist eine acute, scharf umschriebene, meist in kurzer Zeit die Stelle wechselnde, d. h. verschiedene Kehlkopfregionen hintereinander befallende Entzündung mit Ausgang in Abscessbildung, eine Affection, welche mit der diabetischen Hautfurunculose auf einer Stufe steht und die L. daher am liebsten als Furunculosis laryngis diabetica bezeichnen möchte. Diese Abscesse heilen nach ihrer spontanen Entleerung gewöhnlich rasch und verlaufen ohne Fieber und dementsprechend meist ohne erhebliche Alteration des Allgemeinbefindens.

(Münch. med. Wochenschr. No. 16, 1900.)

Ueber Infektiosität des Krebses. Das Comite für Krebsforschung hat beschlossen, von einzelnen Mitgliedern übersichtliche Referate über gewisse Fragen der zeitigen Krebsforschung, wie Vorkommen von endemischem Krebs, Krebs der Thiere, Erblichkeit des Krebses u. s. w. ausarbeiten zu lassen. Die Reihe dieser Vorträge hat R. Behla

eröffnet mit dem Thema: Ueber „Cancer à deux" und Infektion des Krebses. Unter „Cancer à deux" versteht man Carcinome, welche hintereinander zwei nicht durch Blutverwandtschaft verbundene, in engerer Gemeinschaft zusammenwohnende Personen befallen. Behla führt 14 derartige eigene Beobachtungen an, in welchen zunächst der eine Ehegatte an Krebs gestorben war, worauf nach kurzer oder längerer Zeit der andere Ehegatte von einer carcinomatösen Erkrankung befallen wurde. Außerdem erwähnt B. die in der Litteratur zerstreuten diesbezüglichen Angaben, besonders die von Guelliot, der 103 derartige Fälle zusammengestellt hat. Von diesen handelte sich in der Minderzahl um zusammenwohnende Personen, Dienstherren und Dienstleute etc., dagegen in mehr als $^4/_5$ der Fälle um Erkrankung von Mann und Frau.

Unwillkürlich drängt sich bei diesen Beobachtungen der Verdacht einer Ansteckung auf. Ebenfalls könnte man geneigt sein, die nicht selten zu beobachtenden Krebse in Nachbarhäusern auf Infection zurückzuführen. So kennt B. in Luckau ein Gasse, in welcher nahezu Haus bei Haus befallen ist. Man hat ferner Fälle beobachtet, wo Pfleger oder Pflegerinnen eines Carcinomatösen erkrankt sind. So theilt B. folgende Beobachtung mit: ein 55jähriger Gutsbesitzer erkrankte an Carcinoma recti. Dessen Schwiegersohn, welcher im Nebendorf wohnt, pflegte ihn und applicirte ihm ca. $^1/_2$ Jahr lang Ernährungsklystiere. Kurze Zeit nach dem Tode des Schwiegervaters erkrankte der Schwiegersohn an einem Carcinom der Unterlippe. Ferner bekam nach etwa $1^1/_2$ Jahren dessen Ehefrau ein Mammacarcinom. Außerdem sind Fälle bekannt, welche den Verdacht an Uebertragung von Carcinom erwecken durch gemeinschaftliche Benützung von Utensilien, u. a. Klystierrohr, Pfeife u. s. w. Unter die Rubrik „Cancer à deux" gehört ferner auch die Krebsansteckung durch direkte Berührung, namentlich wirken die Fälle suggestiv, wo der Ehemann einer an Uteruscarcinom erkrankten Frau ein Carcinom des Penis bekommt. Derartige Beobachtungen hat Guelliot 23 in der Litteratur gesammelt. Außerdem sind hier noch die Fälle zu berücksichtigen, bei welchen die Uebertragung an demselben Individuum stattfand, sei es durch Kontakt von Lippe zu Lippe, Zunge zum Zahnfleisch, Zunge zum Gaumen, Impfinfektion bei Punktionswunden, Stichkanälen u. s. w. Aus früheren Zeiten sind nicht wenige Fälle bekannt worden, welche dafür zu sprechen scheinen, daß Aerzte sich durch Umgang mit Krebskranken inficirt hätten. So hat Budd in zehn Jahren fünf Chirurgen im Krebshospital an Carcinom sterben sehen. Wenn dies heutzutage nicht häufiger vorkommt, so mag das vielleicht

nach Czerny in dem Umstand beruhen, daß Chirurgen sich bei Operationen einer peinlichen Reinlichkeit zu befleißen pflegen. Rechnet man zu den angeführten Beispielen die vereinzelt gelungene Transplantation beim Menschen und bei Thieren gleicher Art, sowie die Beobachtungen von Morau, welcher eine wahre Krebsepidemie unter weißen Ratten beobachtete, welche durch Wanzen vermittelt wurde, so sieht man, daß der Begriff „Cancer à deux" sich ziemlich mit dem Begriffe der Infektiosität überhaupt deckt.

Für Behla kann auch unter den angeführten Umständen kaum ein Zweifel übrig bleiben, daß unter gewissen Bedingungen der Krebs von Person zu Person ansteckend ist, freilich nicht häufig. Bei den vielen Besudelungen und Beschmutzungen, die mit zahlreichen Krebsen verknüpft sind, müßte man eigentlich eine häufigere Uebertragung erwarten. Die Bedingungen scheinen aber im Allgemeinen selten sehr günstig zu sein. Wie dem aber auch sei, so haben wir mit der Möglichkeit einer Uebertragungsfähigkeit des Krebses zu rechnen, und nach prophylaktischen Massnahmen zu suchen. Sekrete und Absonderungen sind zu desinficiren, ebenso sind Krankenutensilien, Wäsche und Betten, Specula, Sonden, Klystier- und Pravazspritzen, Eß- und Trinkgeschirre einer gründlichen Desinfektion zu unterwerfen. Pfleger haben ihre Hände nach jedem Verbande zu desinficiren, ebenso Aerzte nach Operationen.

(Deutsche med. W., 27. Juni 1901.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Vereinfachung und Verbilligung des aseptischen Materials und seine Gestaltung an kleineren Krankenhäusern beschreibt A. Hammesfahr-Bonn. (Münch. med. Wochenschr. 28/1901.) Der praktische Arzt schränkt gewöhnlich nur deshalb seine operative Thätigkeit ein, weil ihm der aseptische Apparat zu komplizirt und kostspielig erscheint. H suchte nun, den für kleine und große septische und aseptische Operationen nöthigen Apparat so einfach und so billig wie möglich zu gestalten und suchte ferner, durch bestimmte Vorschriften für das Verhalten septischen Materials gegenüber die absolute Desinfektionsmöglichkeit der Hände zu sichern. H. schildert seinen Operationssaal, der in der That einfach genug ist, um auch von jedem praktischen Arzte theilweise angeschafft werden zu können. Ein großer buffettähnlicher Schrank enthält in seinem oberen Theil auf Glasplatten die nöthigsten, aber

ür alle chirurgiſchen und gynäkologiſchen Operationen aus-
eichenden Instrumente, in seinem unteren Theil die Narcotica
.nd die Verbandsachen, die nicht sterilisirt zu werden
rauchen, resp. nicht sterilisirt werden können. Ein zweiter,
anggestreckter, anrichtenähnlicher Schrank ist oben mit
Neißblech überzogen und trägt darauf einen großen Lauten-
chläger für die Sterilisation der Instrumente und einen drei-
lammigen Gasherd mit drei verſchieden großen Emaille-
öpfen. In der einen Hälfte des Schrankes befindet sich die
Näſche, in der anderen die sterilisirbaren und sterilisirten
Verbandstoffe. Der Operationstiſch, ein großer, aber wenig
Raum beanspruchender Dampfsterilisator, eine unter den
Fenstern angebrachte Eisenplatte für die aus dem Sterilisator
kommenden Verbandstoff- und Wäschekörbchen, einfache
Tiſchchen aus Eisen: eins für die bei der Narkose nöthigen
Sachen, eins für die zur mechaniſchen Desinfektion des
Operationsgebietes nöthigen Utensilien, zwei für die aus dem
Lautenſchläger kommenden Instrumentenſchalen, zwei mit
ler Rückplatte in die Wand eingelassene, glatte, mittelgroße
Waſchbecken, Ringe mit Porzellanſchalen für Alkohol und
Sublimat, ein Ausgußbecken, ein Korb für die gebrauchte
Wäſche, ein emaillirtes großes Becken für die verbrauchten
Verbandsachen, das ist das übrige Inventar des ganz in
weiß gespachtelten und ölgestrichenen Operationssaales.
Selbstredend wird mit dem Operationssaal auch das ganze
weißlackirte Inventar täglich abgeseift resp. geſcheuert und
geputzt. Der Asepsis bei den Operationen selbst liegt Be-
folgung der Forderung zu Grunde: alles was in die Wunden
gebracht wird, muß kurz vor der Operation ausgekocht sein.
Schwämme und Catgut sind deshalb ganz zu verwerfen; an
Stelle der Schwämme nimmt H. mit Gazebäuſchchen ge-
füllte, zugebundene Gazebeutelchen verſchiedener Größe; sie
werden am Abend vor der Operation eine Stunde lang aus-
gekocht und erst kurz vor der Operation aus dem Emaille-
topf herausgenommen und in eine der ebenfalls ausgekochten
Kühlſchalen des Lautenſchlägerapparates gebracht. Mit fünf
bis zehn Beutelchen kommt man auch bei großen und blut-
reichen Operationen aus, da sie immer wieder ausgedrückt
und im gekochten Wasser ausgewaſchen werden können.
Der Braun'sche, nicht imbibitionsfähige, außerordentlich halt-
bare und billige Celloidinzwirn in seinen beiden feinsten
Nummern ist ein ganz vorzügliches Ersatzmittel für Catgut
und nicht minder für die theure und zerreißliche Seide. Er
kann unzähligemale ausgekocht werden und verliert seine
vorzüglichen Eigenſchaften nicht. Was also an todtem Ma-
terial in die Wunden gebracht wird, ist sicher sterilisirt und
nur von den Händen könnte ihnen eine Infektionsgefahr

drohen. Diese Gefahr ist aber auf ein Minimum zu reduciren, wenn mit aller Strenge die Forderung erfüllt wird, daß die Hände des Chirurgen und seiner ganzen ärztlichen und schwesterlichen Assistenz niemals mit septischem Material in direkte Berührung gebracht werden dürfen. Der ausgiebige Gebrauch der Verbandscheere, Pincetten, Fingerlinge und Gummihandschuhe kann sicher vor jeder derartigen Berührung schützen. Die so geschützte Hand ist vor aseptischen Operationen so zu sterilisiren, daß sie den Wunden nicht gefährlich werden kann.

Die moderne Behandlung des akuten Trippers beim Manne. Von Dr. med. P. Thimm, Spec.-Arzt für Hautkrankheiten in Leipzig. (R.-Med.-Anzeiger.) In der Behandlung der akuten Gonorrhoe sind gerade in neuerer Zeit zwei entgegengesetzte Anschauungen einander schroff gegenübergetreten, je nachdem für den wichtigsten Angriffspunkt der Therapie der Krankheitserreger, der Gonococcus, gehalten wird oder die organische Restauration der Gewebe. Der Hauptvertreter der ersten Anschauung ist Neißer, welcher lehrt, daß die Gonorrhoe geheilt ist mit dem dauernden Fehlen der Gonococcen; der Repräsentant der anderen Anschauung ist Behrend, welcher behauptet, eine Gonorrhoe ist trotz des Schwindens der Gonococcen nicht geheilt, so lange noch eitrige Sekretion besteht. Dementsprechend ist die Therapie der Verfechter des ersten Standpunktes vornehmlich eine baktericide, antiseptische, „spezifische," der des zweiten eine symptomatische, welche allein die Heiltendenzen des Organismus unterstützen will.

Die symptomatische Therapie richtet ihr Augenmerk, neben dem Gebrauch nicht reizender, leicht adstringirender Injektionsmittel, stets ganz besonders auf eine geeignete Hygiene und Diät und auf antiphlogistische lokale Maßnahmen. Die extremsten Anhänger einer rein symptomatischen Behandlung befürworten die sog.

Exspektative Therapie. Von der Erwägung ausgehend, daß die Gonorrhoe, ähnlich etwa wie die Pneumonie, als eine akute Infektionskrankheit mit typischem Verlauf aufzufassen ist, wollen sie den gleichsam physiologischen Verlauf der Krankheit in keiner Weise durch lokale Eingriffe stören. Der Tripper soll heilen allein durch die natürlichen Abwehrbestrebungen des Organismus, welche nur durch allgemeine hygienische und diätische Hilfsmittel zu unterstützen wären. Zu letzteren werden vornehmlich absolute Bettruhe und energische Steigerung der Diurese durch reichliche Wasserzufuhr (Thee etc.) gerechnet. Wenn auch zugegeben

werden muß; daß Tripper unter diesem Regime heilen, so kann die Behandlung gleichwohl niemals verallgemeinert werden, hauptsächlich deshalb, weil die geforderte, strikte Bettruhe nur von den wenigsten Kranken durchgeführt werden kann, dann auch, weil bei weitem nicht alle Gonorrhöen so beseitigt werden können.

Gleichsam als Uebergang von der exspectativen zur lokalen, medikamentösen Behandlung ist die interne Therapie aufzufassen. Man gebraucht zwei Arten von Mitteln: erstens diuretisch, zweitens spezifisch wirkende. Zu den ersteren gehören kohlensaure Wässer, Biliner, Wildunger Brunnen, die verschiedensten Thees, Folia Uvae Ursi (als Dekokt 20:200,0 oder Thee, 3 Eßl. auf 4 Tassen Wasser zu 3 Tassen Thee einkochen), Extr. fluidum Kawae-Kawae (3 mal tgl. 20 Tr. Abramowisch), die Tode'sche Composition (Fol. Malv. 100,0 Rad. Alth., Fruct. Cannab. ind. aa. 50,0: 1 Eßl. auf 3—4 T. Wasser z. Thee). Zu den spezifisch wirkenden Mitteln werden die Balsamica, Salol, Salicylsäure und Urotropin gerechnet.

Mendelsohn unterscheidet zwischen Infektion der Harnwege und Infektion des Harns. Im ersteren Falle sind die „antikatarrhalisch" wirkenden Balsame, im letzteren Falle die den Harn chemisch umstimmenden Mittel, Salol und Urotropin, zu verabfolgen. Von den Balsamen werden heute Cubeben und der Copaivabalsam nur mehr selten, sehr häufig dagegen das Ostindische Sandelholzöl gebraucht. Von letzterem giebt man 3 mal tägl. 2 Kapseln à 0,3 g und zwar wochenlang fort, da sonst seine Wirkung nicht anhält. Ersatzmittel des Sandelholzöles sind Gonorol, ein gereinigtes Extrakt desselben, ferner Salosantol, eine Lösung von 33% Salol in Sandelöl. Die interne Therapie mit diesen Mitteln ist entweder eine selbstständige, oder eine nur auxiliäre, und wird in letzterem Sinne von den Therapeuten aller Richtungen geübt.

Die lokale Injektionstherapie soll chemisch und mechanisch wirken. Die chemische Wirkung wird von den Anhängern der symptomatischen Behandlung für gering erachtet, weil sie die meisten Gonococcen, die im Gewebe etablirt sind, nicht erreichen kann. Die Hauptwirkung der Einspritzungen soll mechanischer Art sein durch Anspannung, Dehnung und Massage der erkrankten Schleimhaut. Darum wird das Heilmittel für gleichgiltig gehalten, und so gebraucht Joos u. a. physiologische Kochsalzlösung, Kiss irgend welche schwach antiseptischen Lösungen. Càllari und Noguès unterstützen die mechanische Wirkung durch Thermotherapie und verwenden zu Einspritzungen Wasser oder medikamentöse Lösungen von 40—43°.

Zu Injektionsmitteln werden von den Anhängern der symptomatiſchen Therapie nicht reizende, adstringirende oder ſchwach antiseptiſche Lösungen verwandt, z. B.: Ichthyol 1%, Kalium permangan. 0,02—0,05%, Cuprum sulf. 0,5 bis 0,1%, Resorcin 1—2%, Zinc. sulf. 0,5%, Zinc. sulf., Plumb. acetic. aa 0,5%, Acid. tannic. 1% u. a. m. Die Einspritzungen werden in althergebrachter Weise 3—4 mal täglich 2—3 Min. lang gemacht. Man gebe dem Patienten eine gute Spritze von 8—10 ccm Inhalt und koniſcher Spitze in die Hand, man unterweise ihn auch im Spritzen, da viele es nicht verstehen. Selbstverständlich ist stets ein gut sitzendes Suspensorium tragen zu lassen.

Die antiseptiſche, spezifiſche Injektionstherapie will, wie sie sagt, in erster Linie dem Gonococcus zu Leibe gehen und gebraucht hierzu vornehmlich Silberpräparate. Die konsequenteste Anwendung dieser Therapie stellt dar:

Die Abortivkur. Sie bezweckt, beim Auftreten der allerersten, kaum merkbaren Erſcheinungen durch Injektionen oder Pinselungen oder Abreibungen des untersten Harnröhrenabſchnittes mit 1—5% Höllenstein- oder 10% Protargollösung den Prozess zu coupiren. Die Methode ist zuweilen recht ſchmerzhaft und von starker entzündlicher Reaktion begleitet. Sie gewährt nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn man sehr frühe, etwa 1—3 Tage nach dem infektiösen Coitus, die Behandlung vornehmen kann.

Das Hauptmittel der baktericiden Therapie, das salzsaure Silber, ist erst in 2% Konzentration im Stande, Gonococcen momentan abzutödten. Eine sehr lange dauernde Applikation ſchwächerer Lösungen ist aber aus dem Grunde zwecklos, weil Höllenstein durch den Kochsalz- und Eiweißgehalt des Sekretes und der Gewebe gefällt wird. Da bedeutete es einen großen Fortſchritt in der bactericiden Therapie, als es gelang, organiſche Silberpräparate herzustellen, in denen das Silber nicht wie im Höllenstein durch Eiweiss und Kochsalz gefällt wird.

Ein weiterer Fortſchritt wurde erzielt durch die von Neisser eingeführten prolongirten Injektionen. Denn da die medikamentöse Silberlösung der neuen Mittel nicht gefällt wird, so hat hier eine längere Einwirkungsdauer auch therapeutiſchen Nutzen. Eine andere Folge der fehlenden Aetzwirkung ist das weitere Eindringen des Mittels in die Tiefe der Gewebe, und auch aus diesem Grunde ist eine längere Applikation von Vortheil. Die Injektion soll nach Neisser einmal täglich, am besten Abends, bis zu einer halben Stunde ausgedehnt werden, während sonst kürzere

Einspritzungen genügen. Ermüdet der Kranke vorher, dann kann er mehrere Spritzen von zusammen gleich langer Einwirkungsdauer appliciren.

Andere Verbesserungen der Injektionstechnik führte Unna damit ein, daß er die Einspritzungen dreistündlich, auch während der Nacht, vornehmen läßt. Ferner soll nach dem Schwinden der klinischen Symptome mit den Injektionen nicht gleich ausgesetzt, sondern es soll aus der Behandlung „geschlichen" werden, indem die Anzahl der Einspritzungen allmählich herabgemindert wird.

Die in Frage kommenden Silberpräparate sind folgende: Argentamin, mit 10% Arg. nitr.-Gehalt, in 0,1--0,2% Lösung, reizt sehr. — Itrol, citronensaures Silber, von 0,01% schnell steigend. — Argonin, Argentum-Casein mit 4,2% Silber, vermehrt den Ausfluß. — Largin, 11,5% Silber gebunden an Protalbin, 0,25—1,5% von Finger empfohlen. — Protargol, 8,3% Silber an Proteïnstoffe gebunden, 0,25—1% Lösung von Neisser empfohlen. — Ichthargan, 30% Silber gebunden an Ichthyosulfosäuren mit 15% Schwefel, 0,02—0,2% von Leistikow empfohlen. — Albargin, das neueste, mit 15% Silber, als 0,01% Lösung von Bornemann empfohlen.

Von den genannten Präparaten sind die besten: das Protargol und das Ichthargan. Man verwendet sie zu prolongirten Injektionen, bis die Gonoccocen geschwunden sind. Danach wird die gereizte, entzündliche, mäßig secernirende Schleimhaut durch schwache Adstringentien, am besten 0,5% Zinksulfatlösung, anämisirt und zur Norm zurückgebracht.

Die akute Gonorrhoea posterior wird an den bekannten lebhafteren subjektiven Symptomen des Harndranges und an dem durchweg getrübten Urin ohne weiteres erkannt werden. Sichere diagnostische Resultate gewährt die Thompson'sche Zweigläser- oder die Irrigationsprobe.

Der hintere Harnröhrentripper heilt häufig spontan. Darum kann man von der localen Therapie absehen und sich auf die bekannten hygienisch-diätetischen Maßnahmen, wie auf die oben geschilderte interne Medikation beschränken. Die sich häufig gegen Ende des Urinaktes einstellenden Blutungen werden durch Ergotin (R. Ergotin 1, o, Laudan. pur. 0,1 Sacch. alb. 2,0, M. f. pulv., div. in part. X. S. 3 stündl. 1 Pulver.), gestillt, heftiger Harndrang durch Narcotica oder durch Belladonna- und Morphium supposi-

torien (Extr. Belladonn. 0,5 Morph. hydrochl. 0,15 But. Cac. q. s. ut. f. suppos. Nr. X Abends und Morgens 1 einf.) ferner durch warme Sitzbäder und Sorge für leichten Stuhlgang gelindert. Für fieberhafte Zustände ist die Darreichung von Salol oder salicyl. Natrium zweckmäßig.

Gelingt es auf diesem Wege nicht, die Gonorrhoea acuta post. zu heilen, dann hat nach dem Sistiren der stürmischsten Erscheinungen die topische medikamentöse Therapie einzusetzen. Dieselbe wird mit Hilfe einer etwa 100 ccm fassenden Spritze und einem weichen Katheter ausgeführt. Nachdem der Patient den grösseren Theil seines Blaseninhaltes zur Reinigung der Urethra entleert hat, führt man einen weichen Nélatonkatheter so weit ein, bis Urin zu träufeln beginnt. Wenn der Urin entleert ist, dann zieht man den Katheter ein wenig zurück, damit der eigentliche Krankheitsherd, die urethra posterior, von der eindringenden Lösung bespült wird. Der Katheter ist dann in der richtigen Lage, wenn weder Urin noch die eingespritzte Flüssigkeit neben oder aus dem Katheter herausläuft. Statt der Spritze kann auch ein Irrigator mit dem Katheter verbunden werden.

Zu diesen Injektionen benutzt man Ichthyol 1%, Kalium permanganic. 0,025%, Argent. nitr. 0,01—0,05%, Borsäure 4%.

An Stelle der copioeseren Spülungen werden kleinere Injektionen einer konzentrirteren Lösung (etwa 1—3 ccm einer 0,5—1,0% Höllenstein- oder 5—10% Ichthyollösung) mit Hilfe der Guyon'schen Spritze täglich einmal gemacht.

Lästige, schmerzhafte Errektionen des Gliedes werden durch kühle Umschläge und durch innerliche Gaben von Bromkalium oder Kampher gemildert, eventuell muß man sich zu Morphiuminjektionen verstehen. Harnverhaltung wird durch Narcotica und warme Sitzbäder (in das Badewasser uriniren lassen) beseitigt. Katheterisirung ist nur im äußersten Nothfalle gestattet. Manche Autoren ziehen sogar die Punktion der Blase dem Gebrauch des Katheters vor. — Circumskripte Entzündungszustände des Penis (periurethrale Abscesse) erheischen lokale Antiphlogose, Priessnitzverbände, Einreibung grauer Salbe, nach Erweichung die Incision.

In den meisten Fällen bietet die beste Behandlung des akuten und subakuten Trippers das Janet'sche Verfahren.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Zur Entfernung der Placenta durch äussere Handgriffe von Dr. W. Zangemeister. — Bei der großen Gefahr, mit welcher auch heute noch eine manuelle Lösung der Placenta für die Kreissende verbunden ist, muß jedes Mittel willkommen sein, mit dem man jenen Eingriff einschränken kann.

Z. hatte an dem großen Materiale der Berliner Universitäts-Frauenklinik als Assistent öfters Gelegenheit, in Fällen von Placentarretention, in welchen alle anderen Mittel schon versucht waren, noch einen Handgriff anzuwenden, der zwar nicht immer half, aber doch noch in einer Anzahl der Fälle es ersparte, die innere Lösung der Placenta vorzunehmen.

Statistische Angaben über die Häufigkeit der manuellen Lösung im Verhältniß zu den Fällen, in denen die äußere Expression gelingt, sind schwer zu machen und haben einen eingeschränkten Werth, da einerseits die Diagnose „festsitzende Placenta" von den Hebammen sehr verschieden gestellt wird, andererseits die Indication zur manuellen Lösung von der Erfahrung und Geschicklichkeit des einzelnen Geburtshelfers sehr wesentlich abhängt. Z. hatte in Berlin, wenn er zu „festsitzenden Placenten" gerufen wurde, die manuelle Lösung nur in einem geringen Procentsatze der Fälle nöthig.

Der übliche Modus bei der Behandlung der „festsitzenden Placenta" war der, daß er zunächst nach Entleerung der Blase die manuelle Expression versuchte; wo sich dieselbe trotz mehrfachen Versuches nicht ausführen ließ, wurde sie nochmals in Narkose kräftig auszuführen versucht. Erst wenn auch das versagte, wurde manuell gelöst.

Schwierig ist die Expression von außen nur dann, wenn die Placenta noch, gelöst oder ungelöst, im Corpus uteri liegt. Im ersteren Falle wird sich, zum mindesten in Narkose, die Placenta fast immer ausdrücken lassen, im letzteren, d. h. wenn die Placenta noch ganz oder zum Theil im Corpus adhärent ist, wird es nur hier und da glücken, sie durch kräftiges citronenartiges Ausdrücken des Uterus herauszubefördern, anderenfalls kann man entweder noch warten, oder man muß die manuelle Lösung vornehmen.

In diesem Stadium der Behandlung empfiehlt er noch folgende Manipulation zu versuchen:

Der Uterus wird in der Wehenpause von beiden Seiten,

dann von vorn und hinten mit den einzelnen Fingern abwechselnd an verſchiedenen Stellen eingedrückt, so daß flache, dellenartige Vertiefungen entstehen; dieses Kneten wird bis zu der danach eintretenden Wehe fortgesetzt, eventuell in den nächsten Wehenpausen noch wiederholt. Durch das Kneten wird die Placenta von ihrer Haftstelle mehr und mehr abgeſchoben und mit Hülfe der dazwiſchen eintretenden Wehen nach und nach gelöst und läßt sich dann oft nach 1—2 Wehen durch kräftige Expression (in der Wehe!) ausdrücken.

Eine Inversion ist bei dem Verfahren ausgeſchlossen, da man nicht von oben her Dellen in den Uterus machen soll, sondern nur von den Seiten her resp. von vorn und hinten. (Centrlblatt f. Gynäkologie.)

Genese, Prophylaxe und Behandlung der Eklampsie. Von Prof. Ahlfeld, Marburg. (Deutsche Praxis). Was die Aetiologie der Erkrankung betrifft, beweisen die autochthonen Fälle der Marburger Anstalt, daß von einer Uebertragung der Eklampsie von einem Fall auf den andern nicht die Rede sein kann; denn es wäre mit Bezug auf die Infektionstheorie merkwürdig, daß die 28 autochthonen Fälle nicht ein einzigesmal eine Ansteckung herbeigeführt hätten, ebenso wie auf drei importirte Fälle keinmal ein Anstaltsfall folgte. Dagegen trat fast bei allen Fällen die Betheiligung der Nieren in den Vordergrund; einzelne weisen fast direkt darauf hin. Das überwiegende Auftreten der Eklampsie bei Erstgeschwängerten und insbesondere in den letzten Monaten findet seine Erkläruug in dem hohen Druck, unter dem der Bauchhöhleninhalt bei Primigraviden steht, ferner in den hohen Anforderungen, welche besonders in der letzten Zeit an die Nieren gestellt werden. Ueber das Gift, welches zur Intoxication führt, ist noch keine Einmüthigkeit erzielt worden. Da zweifellos auch andere Faktoren, wie z. B. gesteigerte Sensibilität, eine Rolle spielen, nimmt A. an, daß zum Zustandekommen der Eklampsie das zufällige Zusammentreffen mehrerer ursächlicher Momente nöthig ist, von denen die Nierenalteration die grösste Bedeutung hat.

Da sich meist Podrome (Kopfschmerz, hydropiſche Anſchwellungen, Oligurie, Eiweiß im Harn), erkennen lassen, so ist es für die Prophylaxe von Wichtigkeit, daß die Hebammen hierin besonders unterwiesen werden.

Sowohl für die Prophylaxe wie für die Therapie betont A. den Werth der Jaquet'schen Einpackungen. Hierzu genügen ein Bettlaken, in Wasser getaucht und mäßig aus-

gerungen, sowie eine wollene Decke. Die Schwangere wird gänzlich entkleidet und so eingehüllt, daß die Einwickelung ungefähr nach oben bis zur Brustdrüse reicht. Die Athmung darf nicht gehindert werden. Dann wird eine Feder- oder Steppdecke übergebreitet und die Kranke bleibt so circa 3 Stunden liegen. Dabei reichlich Fachinger-, Wildunger- oder irgend ein kohlensaures Wasser und Milch. Die Einpackungen werden täglich 2mal gemacht, bei Gebärenden und Wöchnerinnen mit Eklampsie so lange, bis die Anfälle ausbleiben. Können die Frauen der Bewußtlosigkeit halber nicht Flüssigkeit per os zu sich nehmen, so kann man zur subcutanen Infusion einer 6%igen Kochsalzlösung greifen; daneben Kampher und Coffeïn. Bei Gebärenden wird man die Geburt möglichst zu beendigen suchen. Ist dies noch nicht möglich und werden die Anfälle häufiger und bedrohlicher, so sind von Narcoticis Chloralhydrat und Morphium, Chloroform wie bei der operativen Entbindung selbst anzuwenden. Bei beginnendem Lungenödem und starker Cyanose kann auch ein Aderlaß indicirt sein. Der Kaiserschnitt ist nur dann auszuführen, wenn bei noch lebendem Kinde der Zustand der Mutter ein ganz hoffnungsloser ist, die Geburt aber auf anderem Wege nicht schnell genug gefördert werden kann. Der vaginale Kaiserschnitt ist hier nicht empfehlenswerth.

Verschiedenes.

Zur Behandlung der **Furunculose** entnehmen wir dem Briefkasten des „Aerzt. Central-Anzeigers" folgendes Verfahren, das ein Arzt mittheilt, der dasselbe an eigenem Leibe erprobt hat. Jeder Furunkel beginnt bei ihm mit einem kleinen Eiterbläschen in der obersten Hautschicht, von einem entzündeten Hof umgeben; vernachlässigt er dieses, so bildet sich nach vier Tagen in der Tiefe der Furunkel. Seitdem er nun das kleine Eiterbläschen öffnet und darauf einen Tropfen **Ichtyol** eintrocknen und 24 Stunden sitzen lässt, ist er von Furunkeln freigeblieben. Dieses Verfahren hilft besser wie die Hefe. (Ueber diese letztere — Dosis 3mal täglich 1 Theelöffel bis Eßlöffel Bierhefe in Bier — sprechen sich allerdings zu derselben Anfrage auf Grund eigener Erfahrung mehrere Collegen recht günstig aus.

Ueber Vergiftungen mit dem Giftpilze Agaricus terminosus. Von Goldmann. (Wiener klin. Wschr. 1901, 12.) Die Verwechslung des Pilzes mit dem Wald-Champignon führt gewöhnlich die Vergiftungen herbei. Er gehört in dieselbe Gruppe, zu welcher der medizinisch verwendete Lärchenschwamm, Agaricus albus, gerechnet wird. Der Agaricus torminosus, der Giftreizker, wirkt sowohl auf den Magen-Darmkanal, als auch auf das Centralnervensystem. Die Vergiftung mit demselben beginnt unter den Erscheinungen der Cholera nostras etwa 4—5 Stunden nach dem Genuss. Es gesellen sich dann als Zeichen einer Alteration des Nervensystems Delirien, Kontrakturen der Extremitäten, Trismus, Konvulsionen und schließlich das tiefe Coma hinzu. Diejenigen Fälle, die in ärztliche Behandlung kommen, bevor noch eine Resorption des Giftes stattgefunden hat, sind der Heilung zugänglich und finden in den Erscheinungen eines heftigen Magen-Darmkatarrhs ihren Höhepunkt und ihr Ende. Die übrigen Patienten, die erst später behandelt werden, erliegen gewöhnlich der Erkrankung. Es gelangen neben Magenausspülungen Tanninpräparate und Excitantien zur Anwendung. Betreffs der Prophylaxe ist zu erwähnen, daß Vergiftungen in den Städten, die über eine geschulte Marktpolizei verfügen, seltener als auf dem flachen Lande sind, wo die Jugend in der Schule die giftigen von den ungiftigen Pilzen unterscheiden lernen sollte.

Ueber die Behandlung der **Fettleibigkeit mit Jodothyrin** berichtet Dr. S. Schwarzbarth, indem er 2 Fälle anführt, von denen allerdings nur einer beweiskräftig ist; denn der erstere berücksichtigt einen Fall von parenchymatöser Struma, die insofern durch Jodothyrintabletten günstig beeinflußt wurde, als Patientin der gleichzeitig aufgetretenen Beschwerden, besonders der Dyspnoe enthoben wurde. In einem zweiten Falle trat eine Gewichtsverminderung von $1^1/_2$ kg ein, ohne daß die Diät und Lebensweise eine Aenderung erfuhr. Begonnen wird mit 2 Jodothyrintabletten (Bayer) à 0,3. Nach je 10 Tagen wird eine Pause von 3 bis 4 Tagen eingeschaltet und dann die Dosis um eine Tablette erhöht, bis nach einer weiteren Unterbrechung 4 Tabletten pro die gegeben werden. Da ein anderes Mittel nicht bekannt ist, welches so rasch und sicher bei Fehlen übler Nebenwirkungen die Beschwerden insbesondere die Dyspnoe der Fettleibigen beseitigt, hält Sch. eine weitere Prüfung der Jodothyrintabletten für angezeigt.

(Wiener med. Presse, 1901, No. 28.)

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 10. XXL. Jahrgang 25. Oktober 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C. 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber Colitis membranacea, Orig.-Artikel v. Dr. Kittsteiner in Hanau. — Vergiftungserscheinungen infolge innerlichen Gebrauches parfümirten Glycerins. — Weitere Mittheilungen über Yohimbin-Spiegel. — Ueber das Altern des Herzens. Zur Behandlung des insufficienten Herzens mit Stütz- und Compressionsapparaten. Zur Dysenteriebehandlung. Die Untersuchung des Mastdarmes von außen und deren therapeutische Verwendung. — Die Desinfection der schneidenden chirurgischen Instrumente mit Seifenspiritus. Ueber die Indicationen zur Operation des Altersstares. — Vorkommnisse bei Entbindungen nervöser Frauen. — Die Prophylaxe der Mastitis. Die Diagnose der Hundewuth.

Ueber Colitis membranacea.

Originalartikel von Dr. Kittsteiner in Hanau.

(Vortrag im Aerzteverein zu Hanau.)

Die Affection, über die ich heute Ihnen berichten möchte, ist lange Zeit von den Forschern recht stiefmütterlich behandelt worden, obwohl sie sowohl wegen ihrer Häufigkeit als auch ihrer pathologischen Wichtigkeit größere Beachtung verdiente; es ist dies die Colitis membranacea. In neuerer Zeit haben sich jedoch mehrere Autoren mit dieser eigenthümlichen Affection, bei der namentlich die Aetiologie das Interessanteste ist, eingehender beschäftigt, und ich glaube, es wird nicht uninteressant sein, wenn ich Ihnen über das bisher bekannt Gewordene referire.

Im Vordergrund des Interesses steht die Frage, ob die Colitis membranacea als eine Entzündung oder Katarrh des Colon aufzufassen ist oder ob dieselbe eine besondere Affection bildet. In dieser Hinsicht herrscht noch ziemlich Unklarheit und weichen die Ansichten der Autoren weit auseinander. Während die einen wie Boas die Colitis membranacea als eine hauptsächlich katarrhalische Erkrankung, die zur Bildung plastisch-schleimiger Gebilde des Colon führt, auffassen, beziehungsweise einen früher vorhandenen Catarrh als das aetiologisch Wichtigste betrachten, behaupten andere wie Nothnagel, Rosenheim, die Membranbildung habe mit dem Katarrh als solchem gar nichts zu thun und sei das Produkt einer Secretionsneurose. Die meisten Autoren wie Ewald, Mannaberg nehmen einen mehr vermittelnden Standpunkt ein und unterscheiden eine Form, welche die Folge einer Entzündung der

Schleimhaut, sei es nach Dysenterie oder acuter oder chronischer Entzündung irgend welchen Ursprungs ist und eine solche, welche nur neuropatisch ist, für die von Nothnagel der Name Colitis mucosa gebraucht worden ist. Eine scharfe Trennung dieser beiden Gruppen lässt sich aber auch nicht machen, denn bei der ersten Gruppe der Colitis membranacea κατ' ἐξοχήν lassen sich keineswegs immer vorausgegangene organische Erkrankungen des Darms nachweisen.

Trotzdem bin ich der Ansicht, die namentlich Schütz in Wiesbaden neuerdings vertreten hat, daß es sich bei der Colitis membranacea lediglich um eine besondere Form chronischer Colitis handelt. Wird doch allgemein zugegeben, daß auch bei gewöhnlicher Colitis es zu Schleimausscheidungen kommt, selbst membranöser Art, sollte da die bloße Form der Schleimausscheidung die Berechtigung geben, eine eigene Krankheit anzunehmen? Man kann doch wohl ganz ungezwungen annehmen, daß das längere Verweilen des Schleims oder noch gleich zu erwähnende Umstände zu der membranösen Umformung der Schleimmassen geführt haben. Sehr plausibel erscheint in dieser Beziehung die Erklärung, die Marchand über die Entstehung dieser membranösen Gebilde giebt; er sagt: „In dem bei längerer Unthätigkeit zusammengezogenen Dickdarm formt sich der Darmschleim in der Tiefe der Längsfalten zu runden Strängen, die sich netzförmig verbinden oder verzweigt erscheinen und durch Zusammenrollen und Verkleben in der Längsrichtung dickere Stämme bilden." Nach meinen Erfahrungen findet sich aber die Colitis membranacea besonders häufig bei solchen Leuten, bei denen aus irgend einer Ursache der Gallenzufluß zum Darm ein ungenügender ist und hierauf möchte ich, was meines Wissens bisher noch nie geschehen ist, ganz besonders hinweisen. Ich messe der mangelhaften Secretion der Galle einen ganz besonderen Einfluß für die Entstehung der membranösen Umwandlung des Schleimes, wenn nicht überhaupt der Affection bei. Der längere Zeit ungenügend stattfindende Zufluß der Galle in den Darm hat entschieden eine obstipirende Wirkung und macht auch außerdem die Stuhlgänge härter und trockner, wie man sich leicht an der eigenthümlich zähen Beschaffenheit der icterischen Stühle überzeugen kann, die vermöge ihres höheren Fettgehaltes eigentlich besonders geschmeidig sein müßten. Daß derartig in ihrer Consistenz veränderte und längere Zeit dazu noch im Colon verweilende Kothmassen einen Reiz für die Schleimhaut abgeben müssen, unterliegt keinem Zweifel. Es braucht nicht zu einer eigentlichen Entzündung hierbei zu kommen und das scheint auch in der That nach meinen Erfahrungen in den seltensten Fällen der Fall zu sein, ein

Umstand, der gerade zu der Annahme einer mehr neurotiſchen Aetiologie dieser Affection geführt hat. Stellen wir uns vor, daß dieser Reiz auf die Colon-Schleimhaut längere Zeit ausgeübt wird, so können wir leicht begreifen, daß dasselbe mit einer Schleimsecretion reagirt, ähnlich wie dies der Magen ja auch thut und daß trotzdem der Betreffende nicht das Gefühl einer Krankheit bekommt, auch in der That anatomiſch von einer organiſchen Veränderung nicht die Rede sein kann. Berücksichtigen wir aber ferner, daß bei der mangelhaften Ausſcheidung der Galle sicherlich aber auch die chemiſche Zusammensetzung des Chymus und natürlich auch der Faeces eine nicht unwesentliche Veränderung erleidet und, wie beim icteriſchen Stuhl nachgewiesen ist, namentlich eine Vermehrung der Fettsäuren und auch der gepaarten Schwefelsäuren vorhanden ist, so liegt es nahe, zu vermuthen, daß diese eine coagulirende Wirkung auf den der Colon-Schleimhaut auflagernden Schleim ausüben und in Verbindung mit der vorhergeſchilderten mechaniſchen Einwirkung zur Bildung jener characteriſtiſchen membranösen Ausſcheidungen führen. Unterstützend kommt hier jedenfalls auch noch der Ausfall der antiseptiſchen Wirkung der Galle hinzu, die, wenn auch gerade kein Desinficienz des Darmes, so doch immerhin bei ihrem Fehlen die eine oder andere Art der Bacterienflora des Darms begünstigen oder unterdrücken und so ebenfalls zu chemiſchen Veränderungen Veranlassung geben kann, die einen Einfluß auf das Entstehen der fraglichen Gebilde auszuüben im Stande sind.

Was den Kolikſchmerz aber betrifft, so pflichte ich hierin ebenfalls Schütz vollständig bei, wenn er denselben nichtals für die Colitis membranacea unbedingt characteriſtiſch betrachtet. Denn in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von häutiger Ausſcheidung aus dem Darm ist derselbe überhaupt nicht vorhanden und glaube ich, daß derselbe lediglich als durch die mehr oder weniger ſchwere Abstoßung der Membranen bedingt am ungezwungensten aufgefaßt werden kann; er stellt also meines Erachtens nur einen intensiveren Grad der Erkrankung dar. Haben wir doch auch z. B. beim Ulcus ventriculi Fälle mit äußerst heftigen kolikartigen Schmerzen und solche mit nur leise angedeuteten, ohne daß wir deshalb aus ersteren eine besondere Krankheitsform construiren.

Schwieriger stellt sich die Frage bei der Colica mucosa (Nothnagel), die fast allgemein als eine Neurose aufgefaßt wird und für die Ewald und neuerdings Schütz den Nachweis einer periodiſchen Schleimabsonderung mit vollständig freien Intervallen als hauptsächlichstes, ich möchte sagen einziges, Characteristicum verlangen. Ich

glaube, auch hierin geht man im Specialisiren zu weit; wenn man wenigstens die nervösen Erscheinungen als accidentelle und die hierbei immer vorhandene Kolik als eine lediglich durch die größere Intensität der Affection bedingte Erscheinung als nicht characteristisch auffaßt, dann meine ich, könnte man auch unschwer mit der Periodicität fertig werden. Denn was hindert uns schließlich, die periodisch auftretenden Membran- oder Schleimausscheidungen als Recidive einer Colitis aufzufassen bei besonders hierzu disponirten Individuen. Sehen wir uns doch einmal die Fälle von Colica mucosa näher an, so sind es meist nervöse, hysterisch veranlagte oder mit Affectionen der Genitalorgane, Euteroptose, chronischen Dyspepsien, chronischer Obstipation etc. behaftete Individuen, von denen doch sicherlich anzunehmen ist, daß sie leicht wieder Rückfälle bekommen, weil ihr Grundübel in den seltensten Fällen dauernd zu beseitigen ist. Da aber die Affection, wie wir bereits gesehen, sich ganz unmerklich entwickeln kann, so erklärt es sich auch, daß man bei diesen Kranken keinerlei Angaben oder Zeichen für eine vorausgegangene Erkrankung des Darmes findet. Der Nervenzustand, der sich entweder in Folge des vorausgegangenen Krankheitsgefühls entwickelt haben oder auch primär vorhanden gewesen sein kann, ruft örtlich eine Hyperaesthesie der Wandungen des Dickdarms und eine Schädigung seiner Bewegungsfähigkeit hervor, die dann hauptsächlich die Ursache der spastischen Contractionen desselben ist und so würde sich auch unschwer durch die nervöse Complication die Häufigkeit der Koliken bei dieser Form erklären. So können wir in Kurzem sagen, die Colitis membranacea erreicht ihre Intensität nur bei vorher neuropathischen Leuten und äußerst sich dann in Form der Colica mucosa. Auch der von v. Noorden betonte Unterschied in der Form der Schleimabstoßungen bei der Colitis membranacea und der Colitis mucosa, daß nämlich bei letzterer der Schleim wasserreicher, gallertartiger und häufiger mit ungeformten Massen gemischt ausgestoßen wird, kann meines Erachtens keine eigene Krankheitsform begründen. Diese Differenz kann durch das mehr oder minder lange Verweilen des Schleimes im Colon oder durch das Hinzutreten entzündlicher Reizung der Schleimhaut leichter erklärt werden. Beobachten wir doch auch mitunter sowohl bei der Enteritis membranacea als auch bei der Colica mucosa an Stelle der eigentlich pathognomonischen Obstipation Fälle von Diarrhoe, die wir ebenfalls nur als das Resultat der Kothanhäufung resp. einer acuten Colitis catarrhalis auffassen können.

Ich möchte also meine Ausführungen dahin zusammenfassen, daß nach meiner subjectiven Auffassung die Fälle

von membranösen Ausscheidungen aus dem Darm die Folge eines chronischen Catarrhs und Contractur des Kolon sind, zu deren Entstehen ungenügende Ausscheidung der Galle in den Darm nicht unwesentlich beiträgt, und daß auch die Colica mucosa nur ein höherer Grad der Colitis membranacea auf neuropathischer Grundlage ist. Immerhin ist es wegen der Therapie wichtig, die beiden Formen auseinander zu halten, (ähnlich wie wir auch unterscheiden müssen zwischen der Gallensteinkolik und der Gallensteinkrankheit). Erwähnen möchte ich noch, daß seitens französ. Forscher in neuester Zeit ein inniger Zusammenhang der Colitis membr. mit der harnsauren Diathese betont wird, welcher meines Erachtens nur durch Vermittlung der Leber zu Stande kommen kann (Vouzelle).

Wenden wir uns nun zu den klinischen Erscheinungen, so besteht das Typische der Colitis membranacea in der Ausscheidung von eigenthümlich bandartigen Massen, die bald mit, bald ohne Fäcalien entleert werden, oft und zwar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ohne grössere Beschwerden, dann aber auch und namentlich bei der Colica mucosa als Regel unter heftigen Koliken. Die Membranen sind bald Croupmembranen, bald fibrinösen Gerinnseln ähnlich, bald hellglasig, grauweiß, zuweilen auch schmutzig bräunlich, vom Aussehen von Apfelsinenschläuchen, Bandwurmgliedern, zuweilen auch zottig, förmlich Knäuel bildend. Mikroskopisch findet man neben einer amorphen Grundsubstanz granulirte Zellen, verschollte oder verfettete Epithelien mit verschiedenen Einbettungen von Bacterien, Cholestearin, Pflanzentheilen etc. Chemisch ist hauptsächlich ein mucinöser Körper, in manchen Fällen vorwiegend auch eine albuminoide Substanz nachgewiesen worden, während Fibrin meist fehlt.

Wir haben nun gesehen, daß die Bildung dieser Membranen die Folge eines Spasmus oder Contractur des Darmes ist, die meist auf die Flexura sigmoidea beschränkt ist. Allein je nach der Entwicklung der Krankheit kann sich dieselbe auch auf das Rectum oder Colon transversum erstrecken, ja selbst eine reflectorische und immer partielle Contractur der verschiedenen Abschnitte des Duodenum, des Pylorus und des Magens bewirken. Man begreift, daß diese Localisation der Contracturen eine Quelle einer Masse von diagnostischen Irrthümern werden kann, die schwer zu vermeiden sind. Die Kranken klagen vor Allem über Schmerzen am Magen und im Leib und lenken nur selten unsere Aufmerksamkeit auf ihren Darm, geben höchstens an, daß die Magenaffection ihnen heftige Obstipation und zuweilen Anfälle von Koliken mache. Die Contractur des Darms läßt sich bei öfterer und längerer Betastung des

Darmes recht wohl erkennen in der Form eines hart
Stranges, Kugelgefühl etc. und muß man, wenn man üb
haupt den Darm als solchen deutlich fühlen kann,
diese Affection denken. Die Palpation ist meist empfind
ja zuweilen schmerzhaft und löst nicht selten die gewö
chen Beschwerden und Schmerzen der Kranken aus.
ausgesprochenstem Maße ist dies bei der Colica mucosa
Fall, wo es zu Hyperästhesie der Wandungen des Dickd
und heftigen spastischen Contractionen kommt. Der a
meine und locale Zustand reagiren häufig reziprok e
auf den andern, die Beeinträchtigung der Ernährung
schmerzhaften Erscheinungen, ganz sicherlich auch Au
toxicationen sind die Ursache von eintretender Blutarm
Abmagerung, selbst richtiger Kachexie in schweren Fä
Daß sich diese Affection aber, zumal wenn noch Ent
tose, Genitalaffection, Dyspepsie etc. complicatorisch hi
den sind, mit den mannichfachsten nervösen Er
nungen vergesellschaften kann, darf gewiß nicht W
nehmen, wenn wir sehen, daß schon auf Grund eine
fachen Obstipation sich recht häufig neurasthenische
stände bis zu schwerer Melancholie entwickeln können.

Ob die Formen von membranöser Enteritis eine
sondere Therapie erfordern oder wie die Colitis im
gemeinen zu behandeln sind, ist vielfach controvers, a
es wird doch häufig eine solche nothwendig und erfo
es zweckmäßig, dieselbe gesondert zu betrachten. S
betreffs der Diät ist eine Abweichung von der sonst üb
insofern oft sehr zweckmäßig, als es sich empfiehlt,
an pflanzlichen, unverdaulichen Resten reiche Nahrung
grüne Gemüse, gekochte Früchte, Grahambrot etc. zu v
reichen, weil hierdurch der Darm zu gesteigerter Thäti
angeregt und die Abstoßung der Membranen befördert
Doch nicht alle Kranken vertragen dies Regime und na
lich bei Colica mucosa ist man immer gezwungen,
Nahrung zu geben, welche zwar die Obstipation befö
aber den Darm beruhigt.

Zur Bekämpfung der Verstopfung muß man Mitte
wenden, welche weder die Secretion reizen, noch
schmerzhaften Phänomene, noch den Spasmus
Darmes vermehren, es empfehlen sich hierzu Ricinu
Einläufe und Belladonna. Die Einläufe müssen unte
ringem Druck, langsam und in einer der Körperwärme n
Temperatur gemacht werden in einer Größe von $1^1/_2$–
Litern. Man nimmt zu denselben abgekochtes Wasser,
man zur Erhöhung der antiseptischen Wirkung Natr. bi
cicum oder salicylicum zusetzen kann; will man mehr
ficirend auf den Catarrh wirken, kann man auch stark
dünnte Ichthyol-Lösung nehmen. Die Klystiere beruh

die schmerzhafte und spastische Reizung des Darmes, wirken lavacuirend und dadurch antiseptisch, endlich aber auch mechanisch auf die Abstoßung der Häute. Ganz besonders in letzterer Beziehung aber sind Oelklystiere von Erfolg, die mit den Einläufen combinirt werden können; ebenso wirkt die interne Verabfolgung von Olivenoel äußerst günstig auf die Abstoßung der Membranen. Drastica und Adstringentien sind auf alle Fälle zu vermeiden, ebensowenig ist die zur Behandlung der chronischen Obstipation beliebte Massage angebracht, wenigstens bei den Fällen mit Hyperästhesie.

Zur Kalmierung des Schmerzes sind warme Auflschläge und Vollbäder oft nützlich, von Medicamenten empfiehlt sich am meisten die Belladonna und Codeïn, da Opium die Obstipation erhöht.

Häufig ist es vortheilhaft, auf den allgemeinen Nervenzustand durch Nervina und Hydrotherapie einzuwirken und durch Heben der Ernährung der allgemeinen Abmagerung und Cachexie vorzubeugen. Eventuelle Complicationen wie dysenterische Anfälle, Blutungen, erfordern natürlich entsprechende Therapie. Aber auch die Chirurgie hat sich mit unserer Affection bereits beschäftigt, wenigstens hat Dr. Lawrie in dem Brit. medical Journal 5./XI. 98 einen Fall von chronischer Colitis membranacea von mehr als 10jähriger Dauer veröffentlicht, welchen er durch rechtsseitige inguinale Colotomie und nachfolgenden Verschluß des anus praeternaturalis geheilt hat. Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch erwähnen, daß unlängst Dieulafoy auf dem internationalen Congreß zu Paris die Frage, ob die Colitis membranacea zu einer Appendicitis führen resp. diese erschweren könne, dahin beantwortet hat, daß dies nicht der Fall wäre, da in einer großen Zahl von Fällen noch nie bei Colitis membranacea eine Typhlitis und umgekehrt constatirt worden wäre.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Vergiftungserscheinungen infolge innerlichen Gebrauches parfümirten Glycerins. Dr. Hünerfauth pflegte von Zeit zu Zeit ein kleines Glycerinklystier zur Darmentleerung zu nehmen. Als er im December v. J. einmal ein solches Klystier genommen hatte und nach der Entleerung sofort zu Bette ging, verspürte er nach kurzer Zeit ein Gefühl von Völle und Uebelsein in der Magengegend, obschon er sich eines Diätfehlers nicht bewußt war. Plötzlich überfiel ihn ein Angstgefühl, das Muster der Tapete und die an der Wand hängenden Bilder fingen einen

tollen Tanz an, er bekam Herzklopfen und Wallung zum Kopfe. Der Puls war fliegend, unregelmäßig und ziemlich schwach, die Frequenz wechselte von 96—140 in der Minute. Dazu trat heftige Dyspnöe ein und dabei empfand er eine peinliche Herzbeklemmung. Später kam noch Schüttelfrost hinzu. Die verschiedensten Mittel blieben ohne Wirkung; eine Tasse schwarzen Thees, möglichst warm getrunken, hatte reichliches Erbrechen zur Folge und darauf wurde nach ca. $1^1/_2$ stündigem Bestehen der Zustand erträglicher. Am anderen Morgen befand sich Patient wieder relativ wohl. Nach einigen Wochen stellte sich Abends wieder das Bedürfniß nach einem Glycerinklystier ein. Wie das erste Mal empfand bald darauf H. nach einem kurzen Prodromalstadium des Unbehagens stürmisches Herzklopfen, Schwindel, Ohnmachtsgefühl, Athemnoth, kurz alle Symptome des ersten Anfalles. H. bekam Verdacht, daß das verwendete Glycerin an den unheimlichen Erscheinungen Schuld sein könne. Das Glycerin war beim Droguisten gekauft worden und es stellte sich heraus, daß das Präparat mit starkem Maiglöckchenextract parfümirt war, wovon der Droguist 10 g zu 5 kg Glycerin setzte, „weil die Damen den Geruch so sehr liebten!“ Mit 5 cm^3 Glycerin wurde also 0,01 Extract einverleibt. In einem anderen Falle erfuhr H., daß nach Gebrauch desselben Glycerins zu gleichen Zwecken ähnliche Symptome sich eingestellt hatten. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Ueber das schon ausführlich von uns besprochene **Aphrodisiacum Yohimbin-Spiegel** schreibt Dr. Dubois in Brüssel in den „Annales de la Policlinique centrale de Bruxelles“, 1901, No. 4, folgendes: Meine eigenen Beobachtungen wurden in 10 Fällen von sexueller Neurasthenie gemacht, welche mit theilweiser oder vollständiger Impotenz verbunden waren. In vier von diesen Fällen verwendete ich das salzsaure Yohimbin-Spiegel in Form subkutaner Injektionen, und zwar einmal pro Tag, 10 Tage hintereinander. Die Injektionen waren keineswegs schmerzhaft, aber die Lösung des Salzes ist sehr unbeständig und ihr Preis sehr hoch. Ich ziehe deshalb jetzt vor, Tabletten zu verwenden, welche 5 mg des Salzes enthalten. Diese lassen sich bequem per os 3—4mal pro Tag einnehmen. Von meinen 10 Fällen wurde bei nur 3 ein negatives Resultat beobachtet. Bei den übrigen 8 Fällen konnte der wunderbare Erfolg keineswegs dem Einfluß der Suggestion zugeschrieben werden, aus dem einfachen Grunde, weil ich den Patienten nie sagte, daß die Arznei irgend welche aphrodisiastische Wirkung auszuüben geeignet wäre. In den meisten Fällen zeigten sich die guten Resultate 4—5 Tage, nachdem die

begonnen war, und zwar war eine bemerkenswerthe Besserung, nicht nur eine physische, sondern auch eine psychische festzustellen. Die Aerzte werden in dieser Arznei eine sehr werthvolle Waffe finden bei der Bekämpfung der neurasthenischen Impotenz, und sie können dieselbe anwenden ohne die geringste Gefahr, daß jene bekannten schädlichen Nebenwirkungen eintreten, welche bei der Anwendung anderer Aphrodisiaca stets zu befürchten sind.

In der Juni-Nummer des „Scalpel" 1901 erschien eine sehr günstige Notiz über Yohimbin-Spiegel aus der Feder des Dr. L. Dejace. Derselbe berichtet über einen Fall, in welchem er das Mittel mit dem günstigsten Erfolg anwandte. Der Patient war ein Mann von 36 Jahren, welcher nicht im Stande gewesen war, seine ehelichen Pflichten zu erfüllen; er erhielt 3mal täglich eine Tablette à 0,005 g salzsaures Yohimbin-Spiegel und wurde hierdurch so vollständig wieder hergestellt, daß er nach zwei Monaten das Mittel entbehren konnte.

IV. Medicin.

Ueber das Altern des Herzens. Von Dr. C. Dehio. (St. Petersburger med. Wsch. 1901, No. 9.) Das Altern des Organismus ist eine Erfahrungsthatsache, deren letzter Grund uns verborgen ist. Wir erkennen nur die Aenderungen in den Funktionen der Organe und wir sehen, daß die auftretenden regressiven Vorgänge nicht willkürlich und regellos verlaufen, sondern daß in ihnen ein festes Gesetz verborgen liegt. Beim menschlichen Organismus scheint der wesentlichste Theil dieses Gesetzes darin zu bestehen, daß die mit dem Alter auftretende Verlangsamung des Blutumlaufs die neutrale Ursache für alle funktionellen und anatomischen Altersveränderungen des Körpers abgiebt. Die Erklärung für die Verlangsamung des Blutumlaufs ist in der im Alter auftretenden senilen Arteriosklerose zu suchen und ist also die Arteriosklerose der Prozeß, von dem das Altern des Organismus seinen Ausgang nimmt. Neben den Veränderungen im Gefäßsystem jedoch ist ein weiterer bedeutender Faktor bei der Verlangsamung des Blutumlaufs im Alter das Herz; es bedingt nämlich die Altersveränderung der Gefäße eine funktionelle und anatomische Altersveränderung des Herzens, die darin besteht, daß das Herz infolge der Ueberwindung größerer Widerstände an Gewicht und Masse zunimmt (hypertrophirt) und verstärkte Arbeit leistet, jedoch derart, daß es dadurch

einen etwas verlangsamten Kreislauf unterhält. Der für die Cirkulation erzielte Nutzeffekt der Herzarbeit ist geringer als im Mannesalter und insofern kann man von einer gewissen Insufficienz des Altersherzens sprechen, die jedoch physiologisch ist und bei einer dem Alter entsprechenden ruhigen und geregelten Lebensführung ausreicht, um das Leben des Greises innerhalb der Grenze der Gesundheit zu erhalten. Das Altersherz ist den Anforderungen des Körpers an eine reichliche Blutversorgung weniger gut angepaßt als das junge Herz. Dieser Satz gilt nicht nur für die Körperruhe, sondern er macht sich in noch viel höherem Maße geltend, sobald verstärkte Anforderungen an das Herz herantreten. Die Anpassungsfähigkeit des Herzens bei gesteigerter körperlicher Arbeit ist im Jugend- und Mannesalter eine sehr große. In dieser Lebensperiode kann der herzgesunde, normale Mensch sich die größten körperlichen Anstrengungen auferlegen, bis zur völligen Ermüdung aller Muskeln arbeiten, ohne daß dabei das Herz insufficient würde. Die Anpassungsfähigkeit des gealterten Herzens dagegen an zeitweilig gesteigerte Anforderungen des Kreislaufs, der ja bei körperlicher Arbeit eine Beschleunigung erleidet, ist vermindert, es vermag nur noch in beschränktem Maße verstärkte Arbeit zu leisten. Bei körperlicher Ruhe genügt das Altersherz noch allenfalls, allein den Ansprüchen körperlicher Arbeit ist es nicht mehr gewachsen. Durch systematische Versuche, die Dehio über die Reaktion des gealterten und des jugendlichen Herzens gegenüber körperlicher, angestrengter Arbeit vorgenommen hat, wurde festgestellt, daß bei Greisen durch körperliche Arbeit die Pulsfrequenz nur sehr wenig erhöht wird, während es bei jungen Leuten bis zur Verdoppelung der Pulsfrequenz kam; zugleich war bei den älteren Leuten eine stark verminderte Leistungsfähigkeit mit rasch eintretender Dyspnoe zu constatiren. Wenn also das Greisenherz bei stärkerer Körperkraft rascher an der Grenze seiner Leistungsfähigkeit anlangt als das junge Herz, so liegt das zum Theil daran, daß es seine Schlagfolge nicht mehr genügend beschleunigt und dieselbe den erhöhten Anforderungen des Kreislaufs nur mangelhaft anpaßt. Anderntheils ist es sehr wahrscheinlich, daß auch die Anpassung des Schlagvolumens beim Altersherzen ungenügend ist.

Worin der Grund für die mangelhafte Beschleunigung des Altersherzens zu suchen ist, kann man mit Sicherheit noch nicht sagen. Es ist anzunehmen, daß das Altersherz die Fähigkeit verloren hat, auf die durch die erhöhte Thätigkeit hervorgerufenen Erregungen mit der früheren Lebhaftigkeit zu reagiren. Für diese Annahme sprechen auch Dehios Versuche, bei welchen er die hemmenden Einflüsse der Herzthätigkeit durch Atropin zu beseitigen

suchte, um dann die Beobachtung zu machen, daß die Fähigkeit des Herzens, bei Ausschluß der Vaguswirkung frequentere Contractionen zu vollführen, im höheren Alter beeinträchtigt ist.

Die anatomischen Veränderungen, die der Abnahme der Leistungsfähigkeit des Altersherzens zu Grunde liegen, sind vor allem eine dilatative Hypertrophie des Herzens in Verbindung mit mehr oder weniger hochgradiger Sklerose und Atheromatose der Koronararterien und ihrer Verzweigungen. Von viel größerer Bedeutung noch hält Dehio eine andere, am Herzen aller Individuen regelmäßig vorkommende Veränderung des Herzfleisches, die von ihm so genannte senile Myofibrose. Es ist dies eine Vermehrung und Wucherung des zwischen den einzelnen Muskelbündeln normal vorhandenen Bindegewebes zugleich mit einem langsam vor sich gehenden atrophischen Schwund der Muskelfasern. So finden wir auch für das Herz das Gesetz bestätigt, welches für alle Organe des alternden Organismus gilt: die Abnahme der Funktion geht mit dem Schwund des funktionirenden Parenchyms Hand in Hand.

Zur Behandlung des insufficienten Herzens mit Stütz- und Compressionsapparaten. Von Dr. Gräupner, Bad Nauheim. (Wiener med. Presse, 1901, No. 27.)

In der jüngsten Zeit sind therapeutische Bestrebungen hervorgetreten, gewisse Beschwerden bei Herzkrankheiten, wie Athemnoth, Spannungsgefühle und Herzklopfen, mit Hilfe von mechanischen Stützapparaten zu behandeln. Diese Bestrebungen sind eingeleitet worden durch Abbée. Derselbe läßt eine herzförmig gestaltete Pelotte in der Herzgegend fixiren, von dem Gedanken ausgehend, daß das Herz dadurch in die Höhe gerückt und das verzerrte Lumen der Aorta und angeblich auch der Kranzgefäße gerade gestreckt würde. Indessen können bei Anlegung der Pelotte nur außerordentlich selten unmittelbare Veränderungen der Herzlage gesehen werden. G. hatte im vergangenen Sommer die Abbée'sche Pelotte bei 10 Herzkranken angelegt, jedoch nur bei einem Patienten eine Fixirung des Herzens und einen evidenten Nutzen bezüglich der Beseitigung seiner Kurzathmigkeit gesehen. Dieser positive Erfolg führte ihn zu der Frage: Warum blieb der Erfolg bei allen anderen Herzkranken aus? Von welchen besonderen Momenten ist der Eintritt des Erfolges abhängig? Und: Wie müssen Stützapparate technisch construirt sein, um einer größeren Zahl von Herzkranken nutzbar zu werden?

G. ist der Ansicht, daß das Tragen von Herzcompressi-

onsapparaten nur dann indicirt ist, wenn das Herz nicht genügend fest „verpackt" oder fixirt liegt. Infolge einer mangelhaften Fixirung wird das Herz bei seiner Action beim Fehlen eines Gegendruckes abnorm erschüttert und schon ältere Experimente von Heinricius und Kronecker beweisen, wie günstig ein äußerer, rhytmisch ausgeübter Gegendruck auf den Ablauf der Herzcontractionen wirkt. Dieser rhythmische Gegendruck wird unter normalen Bedingungen ausgeübt durch die Expansion der linken Lunge, welche bei der Inspiration luftkissenartig sich zwischen vorderer Brustwand und Herz und ebenso pufferartig zwischen Herz und Zwerchfell vorschiebt; fällt nun diese inspiratorische Lungenblähung in Folge von Atelectase oder mangelhaften Thoraxbewegungen aus, so wird das Herz die Brustwand in abnormer Weise erschüttern und jene Ueberempfindlichkeit erzeugen, die wir so häufig bei Herzkranken in der Gegend des Spitzenstoßes finden. Gleichzeitig tritt bei einer derartigen mangelhaften Verpackung desHerzens eine Lockerung der Bänder des Pericards, ferner eine Dehnung und Zerrung des Aortenbogens ein, an dem das Herz „angestielt" erscheint und mit dem Verlust der elastischen Spannung des Aortenbogens wird der Herzmuskel im Brustraum selbst sich leicht verschieben lassen. Er wird je nach dem Stande des Zwerchfells hochgedrängt werden können oder andererseits durch seine Schwere das Zwerchfell so belasten, daß absoluter Tiefstand des Herzmuskels, wie so häufig bei Aorteninsufficienz, eintritt.

Man wird demnach die Frage einer etwaigen Compressionsbehandlung der Herzbeschwerden nicht von der Art der Herzerkrankung, sondern von der Erwägung, ob das Herz mehr oder weniger beweglich erscheint, abhängig machen.

Wie muß nun ein solcher Compressionsapparat, der das Herz in seiner Lage fixiren soll, beschaffen sein? Bereits oben wurde bemerkt, daß beim normalen Herzen die linke Lunge inspiratorisch zwischen vorderen Brustwand und Herz und ebenso pufferartig zwischen Herz und Zwerchfell tritt; diesen Ausfall des elastischen Polsters können wir beim beweglichen Herzen mechanisch compensiren, indem wir entsprechend der supponirten Lungenausdehnung einen elastischen Widerstand anbringen. Dieser Widerstand muß regulirt werden können; er muß der Form des Brustkastens sich anpassen; dieser elastische Widerstand soll als Contrecoup wirken, der die diffusen Schwingungen der Brustwand mäßigt; er soll ferner einen gewissen Gegendruck auf das Herz selbst ausüben, ohne die Ausdehnung und freie Beweglichkeit des Thorax zu hemmen.

Demgemäß besteht der von G. construirte Herzcom-

pressor aus einer fest eingetriebenen Metallplatte, die sich genau den Contouren des Thorax anpaßt und die gesammte Herzgegend, jedoch auch gleichzeitig die Convexität des Thoraxbogens in der Umgebung des linken Herzmuskels deckt. An der Innenseite dieser Metallplatte, die also entsprechend der individuellen Thoraxform gebaut ist, befindet sich ein aufblasbarer Gummimantel, der mit Luft, eventuell mit Wasser gefüllt werden kann. Der Patient bläst diesen Gummimantel so weit auf, bis der dadurch auf den Thorax ausgeübte Druck angenehm empfunden wird. Die Befestigung des Herzcompressors an der Brust des Patienten muß alsdann derart erfolgen, daß die freie Beweglichkeit des Thorax in keiner Weise gehemmt ist; beim exacten Anpassen des Compressors muß die Athmung freier und das Gefühl des Herzklopfens empfunden werden; brennende und stechende Empfindungen müssen wegfallen. Fixirt wird der Compressor durch mehrere Bindenzügel.

Zur Dysenteriebehandlung. Von Dr. A. Plehn, kaiserlicher Regierungsarzt in Kamerun. (Deutsche med. Wochenschr. 1901, No. 39).

P. schildert in der vorliegenden Arbeit die von ihm angegebene Methode der Dysenteriebehandlung mit kleinen Calomeldosen. Das Verfahren ist folgendes: Sowie Dysenterie festgestellt ist oder Dysenterie-Verdacht besteht, erhält der Kranke zwei Eßlöffel Ricinusöl. Die Untersuchung des danach entleerten Darminhalts schafft in zweifelhaften Fällen Klarheit in die Diagnose und läßt auch auf den Grad der vorhandenen Darmveränderungen schließen; vor Allem beseitigt das Laxans sofort eine Menge infectiösen Materials und reinigt das Darmrohr. Am nächsten Morgen wird mit der Calomelbehandlung begonnen. Stündlich wird eine Tablette à 0,03 g genau nach der Uhr einverleibt, bis 12 Tabletten, also 0,36 g Calomel, verbraucht sind. Ebenso wird während der beiden folgenden Tage verfahren, während der Nacht wird Pause gemacht. (Die Calomeltabletten werden von der Kade'schen Oranien-Apotheke in Berlin geliefert.) Zur Verhütung von Stomatitis muß jeder Kranke, nachdem er seine Tablette geschluckt hat, seinen Mund sofort gründlich durch Spülen mit einer Lösung von Ratanhiatinctur in Wasser oder mit einer Salicylsäurelösung reinigen. Treten die geringsten Beschwerden auf, welche auf eine Stomatitis hindeuten, so wird außerdem noch das Zahnfleisch mit watteumwickelten Holzstäbchen, welche in die oben genannten Lösungen getaucht sind, abgerieben. Eine Unterbrechung der Calomelbehandlung ist deshalb nicht nöthig, aber diese Mundpflege muß mindestens drei Tage lang fort-

gesetzt werden, nachdem die letzte Calomeltablette genommen wurde, denn leichte Stomatitis kann 3—4 Tage nach der Calomelkur beginnen. Wichtig ist es ferner zur Verhütung von Intoxication, sofort eine etwaige Verstopfung zu bekämpfen, welche manchmal schon am zweiten, öfter am dritten Calomeltage den heftigsten Durchfällen folgen kann; zu diesem Zweck giebt er am liebsten Ricinusöl 15 bis 20 g oder ein Klystier von Salicyllösung. P. hat in mehreren Jahren bei diesem Verfahren nur zweimal eine ernstere Mundentzündung beobachtet, bei einem Eingeborenen u. einem Europäer. Nachdem an 3 Tagen je 12 Calomeltabletten genommen sind, werden sie vom vierten Tage ab durch je 12mal 0,5 g Bismuth. subnitric., ebenfalls in Tabletten, ersetzt. 6 g Wismuth pro die werden so gebraucht, bis der Stuhl geformt ist und jede pathologische Beimengung einige Tage lang fehlt. Dann giebt P. es noch während kurzer Zeit à 3 g pro die (in Dosen von 0,5 g). Bei Neigung zur Verstopfung in den späteren Stadien der Behandlung oder bei dysenterischem Darmcatarrh wird Morgens $^1/_4$—$^1/_2$ Liter künstlicher Karlsbader Brunnen verabreicht, welcher noch einige Wochen nach Beendigung der medicamentösen Behandlung fortgebraucht wird. Bei fortdauernder Reizbarkeit des Darms wird er durch Kissinger Brunnen (Rakoczy) ersetzt. Von Darmspülungen, die P. noch 1898 empfohlen hatte, ist er ganz zurückgekommen. Von großer Wichtigkeit ist die Diät. Reine Milchdiät ist meist aus äußeren Gründen nicht durchzuführen; außerdem fällt auch die Abneigung der meisten Kranken gegen die Milchdiät ins Gewicht. Es erhalten deshalb die Kranken mindestens während der ganzen ersten Woche und jedenfalls so lange, bis der Stuhl nur noch ein- bis zweimal täglich erfolgt und 3 bis 4 Tage lang deutlich geformt ist, eine gemischte, aber ausschließlich flüssige Nahrung, deren Grundlage stark gekochter, durchgeschlagener Reis, Bouillon mit Ei, Schleimsuppen, Cacao und nach Möglichkeit Milch ist. Auch wird etwas guter Bordeaux gegeben. Sobald die Beimengung charakteristischer Schleimfetzen in Stuhl und namentlich jede Spur von Blut seit mehreren Tagen vollkommen verschwunden ist (in frischen mittelschweren Fällen etwa nach 8—10 Tagen), erhalten die Kranken als Zulage zu der flüssigen Diät gestampfte Kartoffeln, Reisbrei, Griesbrei, Eierspeisen, etwas ganz leichten (Friedrichsdorfer) Zwieback, unter Umständen Fruchtgelée. Auch Tropon mit Wasser kann man geben. Erst nach 12—16 Tagen bei günstigem Verlauf eines Krankheitsfalles und nachdem seit mehreren Tagen jede Spur eines etwaigen postdysenterischen Catarrhs verschwunden ist, wird mit größter Vorsicht zur gemischten leichten Fleischkost mit Gemüse übergegangen. Man beginnt mit geschabtem Schinken

und gehacktem Hühnerfleiſch und giebt bald auch Fiſch. Aber selbst wenn die ärztliche Behandlung beendet und der Kranke geheilt wieder seinen Beruf ausübt, muß er noch für Wochen und Monate jeden Diätfehler vermeiden, um vor Rückfällen sicher zu sein. Die nicht seltenen Complicationen, besonders Typhlitis und umschriebene Peritonitis, sowie Hepatitis mit oder ohne Ausgang in Absceß erfordern natürlich besondere Maßnahmen. Eine mittelſchwere, friſche, d. h. innerhalb der ersten Woche zur Behandlung kommende Dysenterie erfordert zu vollkommener Ausheilung meist etwa drei Wochen. Die Behandlung ist am besten in einem guten Hospital durchzuführen, es sei denn, daß die häuslichen Verhältnisse des Kranken günstig sind. Zur Erläuterung seiner Ausführungen giebt P. einen Ueberblick über 38 von ihm von April 1900 bis Juni 1901 behandelte Fälle von Dysenterie; von diesen wurden 33 vollständig ſchon in Afrika geheilt; 2 starben; die 3 übrigen, die ſchon im chroniſchen Stadium in Behandlung traten, blieben ungeheilt.

Die Untersuchung des Mastdarms von aussen und deren therapeutische Verwendung. Von Prof. W. Ebstein. (Deutſche med. Wochenſchrift No. 30, 1901.) Man untersucht den Mastdarm bis jetzt fast ausſchließlich durch Palpation vom Anus aus mit dem Finger; häufig findet man dabei das Rectum mit Koth gefüllt, was einerseits unangenehm ist, andererseits auch die Untersuchung erſchwert oder unmöglich macht. Womöglich reinigt man daher den Mastdarm vor der Fingeruntersuchung durch ein Klysma. E. macht nun darauf aufmerksam, daß man das Rectum, wofern es stark durch Koth ausgedehnt ist, auch von außen, durch die Weichtheile, palpiren kann. Man fühlt es dann linkerseits, in der Gesäßspalte, als einen in der Regel reichlich daumendicken, bisweilen noch dickeren Wulst, welcher, lateralwärts von der Steißbeinspitze oder noch etwas höher beginnend, sich bis zum Anus erstreckt. Der Wulst fühlt sich gewöhnlich etwas höckerig an. Man kann diesen Wulst durch sanftes Streichen von hinten nach vorn zum Verſchwinden bringen, wobei sich aus der Mastdarmöffnung Koth entleert, darauf fühlt man nichts mehr. Manchmal fühlte E., ohne daß Kothmassen aus dem Anus sich herausdrücken ließen, an der betreffenden Stelle einen etwa bleistiftdicken Strang; vielleicht handelt es sich dann um den nur geringe Massen festen Kothes enthaltenden u. sich contrahirenden Mastdarm. Auf der rechten Seite konnte E. den Wulst niemals fühlen. Diesen Befund kann man nun nach E. in zweifacher Weise therapeutiſch verwerthen, erstens um den untersten Dickdarmabſchnitt von seinem stagnirenden Inhalt zu be-

freien, zweitens um durch Massage die austreibende Kraft des betreffenden Darmtheils zu kräftigen und seine Leistungsfähigkeit aufzubessern. Um den ersten Zweck zu erreichen, streicht man den Mastdarmwulst an der betreffenden Stelle in der Richtung von hinten nach vorn; in der Regel erlernen die Pat. sehr bald die Manipulation an sich selbst auf dem Closet vorzunehmen. Sind die Kothmassen zu hart, um auf die angegebene Weise exprimirt zu werden, so empfiehlt es sich, vorher 30—50 g Oel in den Mastdarm einzugießen unb dadurch die Kothmassen zu lockern, worauf die Expression leicht gelingt. Was nun die Massage des untersten Mastdarmabſchnittes anlangt, so nimmt man sie am besten in der linken Seitenlage vor. Man streicht an der betreffenden Stelle mit eingefettetem Finger langsam und vorsichtig von hinten nach vorn, ev. kann man kneten. Die zu massirende Stelle wird vorher gründlich gereinigt und der Anus mit einem Wattebauſch bedeckt. Jede Sitzung dauert 2—3 Min. Auch die Pat. können leicht die Massage an sich selbst vornehmen. Für die elektriſche Behandlung der chroniſchen Stuhlverstopfung dürfte diese Stelle in der Gesäßspalte in den dafür geeigneten Fällen einen zweckmäßigen Angriffspunkt abgeben.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die Desinfection der schneidenden chirurgischen Instrumente mit Seifenspiritus. Von Dr. H. Polak, Amsterdam. (Deutſche med. Wochenſchr., 1901, No. 36.) Die günstigen Erfahrungen, welche bei der Desinfection der Haut, insbesondere auch der Hände, mit Seifenspiritus gemacht worden sind, legten den Gedanken nahe, das Mittel auch zur Desinfection der chirurgiſchen Instrumente zu versuchen, wenigstens solcher, die bei der Sterilisation durch Kochen ev. leiden könnten, z. B. feiner Augenoperationsmesser, Nadeln etc. P. unternahm es auf Veranlassung von Prof. Straub, diese Frage durch systematiſche Versuche zu prüfen. Als Object der experimentellen Prüfung dienten vernickelte Schusterpfrieme, welche mit staphylokokkenhaltigem ausgetrocknetem Eiter stark inficirt wurden; in einigen Fällen kamen auch Milzbrandsporen zur Anwendung. P. prüfte außer der chemiſchen Desinfection mit Seifenspiritus, wobei sowohl das Präparat der deutſchen, wie das der niederländiſchen Pharmacopoe verwendet wurde, noch die Desinfectionswirkung einiger anderer Antiseptica, insbesondere des Alkohols, ferner den Effect der bloßen

mechanischen Reinigung, endlich die Desinfection in kochendem Wasser oder kochender Sodalösung. Er faßt die Ergebnisse seiner Untersuchung in folgenden Sätzen zusammen:

1) Das sicherste von allen practisch ausführbaren Desinfections- und Sterilisationsverfahren ist das Kochen, am besten in Sodalösung und geschlossener Pfanne. Für complicirt construirte Instrumente und solche, die durch das Kochen nicht angegriffen werden, wird diese Art der Desinfection die bevorzugteste bleiben.

2) Der Spiritus saponis kalinus tödtet innerhalb 15 Minuten den an Instrumenten getrockneten Staphylococcus. Es verdient daher Erwägung, dieses Präparat für schneidende Instrumente, die durch das Kochen leiden, anzuwenden.

3) Der Spiritus saponis kalinus ist auch für die mechanische Reinigung ein ausgezeichnetes Mittel, wenn man nur die Reinigung sorgfältig ausübt und mindestens $^{m}/_{2}$ Minute fortsetzt. Die mechanische Reinigung findet nicht nur statt durch Abreiben der Instrumente mit einem in Seifenspiritus getränkten Läppchen, sondern auch durch Aufquellen und Lockern von Eiter und Blut im Seifenbade; diese Stoffe werden von den Instrumenten losgelöst. Die combinirte chemische und mechanische Reinigung mit Spiritus saponis kalinus ist daher für die Desinfection der schneidenden Instrumente zu empfehlen.

4) 50proc. Alkohol ist ein besseres Mittel zur Desinfection als die schwächeren oder stärkeren Concentrationen. Jedoch steht der Alkohol hinter dem Spiritus saponis kalinus sowohl an antiseptischer wie auch mechanischer Reinigungskraft zurück.

5) Beim Vergleich des Spiritus saponis kalinus der niederländischen und der deutschen Pharmacopoe trat kein deutlicher Unterschied an antiseptischem Werth zu Tage. —

Auf Grund dieser Ergebnisse wird seit $^{1}/_{2}$ Jahr an Prof. Straub's ophthalmologischer Klinik der Seifenspiritus ausschließlich zur Desinfection der schneidenden Instrumente benutzt. P. giebt folgende Vorschriften: Nach jeder Operation lege man die schneidenden Instrumente während mindestens 15 Minuten in den Spiritus saponis kalinus. Man nehme sie dann heraus und reinige sie sorgfältig. Vor jeder Operation lege man sie wieder 15 Minuten in den Seifenspiritus. Der Operateur oder ein Assistent reibe sie mit einem sterilen leinenen Läppchen sorgfältig ab. Ferner kann man die Seife durch 50proc. Alkohol oder durch eine sterile Borsäurelösung beseitigen. Es ist von großem Vortheil, die Instrumente vor und sofort nach dem Gebrauch in sterile

3proc. Borsäurelösung zu legen. Nicht nur für schneidende, sondern auch für andere Instrumente empfiehlt sich diese Behandlung mit Seifenspiritus, besonders wenn das Kochen aus irgend einem Grunde beschwerlich erscheint.

Ueber die Indicationen zur Operation des Altersstares. Von Dr. M. Bondi, emer. 1. Assistent der I. Augenklinik in Wien. (Wiener medicin. Presse, 1901, No. 30.) In jedem Falle von constatirtem Altersstar haben wir uns zwei Fragen vorzulegen: 1) Ist der Star ein einfacher, uncomplicirter, d. h. wird nach Entfernung der undurchsichtigen Linse das bisher blinde Auge wieder sehtüchtig werden? 2) Ist bereits der geeignete Zeitpunkt zur Vornahme der Operation gekommen, d. h. ist der Star „reif zur Operation"? Was die erste Frage anbelangt, so spricht man gewöhnlich von einfachem, d. h. uncomplicirtem Stare dann, wenn trotz vollkommen undurchsichtiger Linse das erkrankte Auge im dunklen Raume den Schein einer Kerzenflamme noch aus 6 m Entfernung zu erkennen und richtig zu localisiren vermag. Außerdem wird noch verlangt, daß insbesondere keine Erkrankung der Bindehaut und der Thränenwege (wegen Gefahr der Infection bei oder nach der Operation), sowie keine abgelaufene Erkrankung der Hornhaut oder Regenbogenhaut vorhanden sei. Dies sind die gewöhnlichen Forderungen, welche man an eine uncomplicirte Cataracta stellt und bei deren Erfüllung man mit Bestimmtheit gewöhnlich eine günstige Prognose für den Operationseffect geben kann. B. möchte noch eine weitere Forderung aufstellen, und zwar: die Prognose erst nach Ausführung der Augenhintergrund-Untersuchung des zweiten Auges, falls noch ausführbar, zu stellen. Trotz Erfüllung aller oben genannten Bedingungen, trotz Vorhandensein einer Lichtempfindung auf 6 m und guter „Projection", kann es sich, allerdings in seltenen Fällen, dennoch um eine schwere Augenhintergrund-Erkrankung im cataractösen Auge handeln. So hatte auch B. einen Fall von scheinbar uncomplicirter Cataracta zu operiren, bei dem der Augenhintergrund schließlich außer partieller Atrophie des N. opticus noch das typische Bild einer Retinitis pigmentosa zeigte. Dieser Fall zeigt zur Genüge, daß man bei Vorhandensein einer guten Lichtempfindung noch nicht mit Sicherheit schwere Complicationen seitens des Augenhintergrundes ausschließen darf.

Wenn es nun nach genauester Untersuchung beider Augen mit größter Wahrscheinlichkeit feststeht, daß es sich um eine einfache, uncomplicirte Cataracta handle, so muß

die zweite Frage: „Ist der geeignete Zeitpunkt zur Operation eingetreten, d. h. ist die Cataracte „operationsreif", beantwortet werden. Als eine zur Operation reife Cataracta ist jene zu bezeichnen, bei welcher an beiden Augen in Folge Cataracta die Sehfchärfe derart herabgesetzt war, daß der Pat. nicht mehr im Stande war, seinem gewohnten Berufe nachzugehen.

Es ist daher im Allgemeinen eine blos einseitige Cataracta bei gut erhaltenem Sehvermögen (und emmetropifcher oder hypermetropifcher Refraction) des anderen Auges als nicht reif zur Operation zu betrachten, und zwar selbst dann nicht, wenn die Cataracta im anatomifchen Sinne vollkommen reif ist. Nur in Ausnahmefällen ist die Operation einer solchen einseitigen Cataracta auszuführen. Der Grund, weshalb in der Regel eine solche einseitige Cataractae nicht zu operiren wäre, ist folgender: Das aphakifche Auge kann ja ohne Glas — Fälle von durch Staphyloma posticum Scarpae bedingter Myopie ausgefchlossen — keine nennenswerthe resp. practifch zu verwendende centrale Sehfchärfe erzielen. Man müßte somit dem operirten Auge ein entsprechendes starkes Cenvexglas, dem nicht operirten, sehtüchtigen Auge ein Planglas vorsetzen. Dieser Unterfchied in der Stärke der Gläser beider Augen wird jedoch nicht vertragen, die Patienten weisen eine derartige Brille zurück. In einem solchen Falle wird der Patient nur von dem unoperirten, unbewaffneten Auge Gebrauch machen. Wohl resultirt ein Vortheil aus der Operation, welcher jedoch bei vielen Patienten nicht im Einklange mit den Befchwerden und Aufregungen der überstandenen Operation steht, daher von geringerer praktifcher Bedeutung bei der Mehrzahl dieser Fälle ist. Dieser Vortheil besteht in der Vergrößerung des Gesichtsfeldes. Aber nicht nur, daß in der überwiegenden Mehrzahl dieser einseitigen Cataracta kein Gewinn aus der Operation resultirt, stellen sich in manchen Fällen sogar noch Nachtheile resp. Befchwerden ein. So klagten zwei Patienten B. darüber, daß sie das operirte Auge blende.

Was nun jene Gruppe von einseitigen im anatomifchen Sinne „reifen" Cataracten anbelangt, in welchen das zweite Auge ebenfalls bereits an beginnender Cataracta leidet, ist ebenfalls in der Regel die Sehfchärfe dieses zweiten Auges bezüglich der Vornahme der Operation maßgebend. Ist die Sehfchärfe des an beginnender Cataracta leidenden Auges größer als $^1/_3$, so kann im Allgemeinen vorläufig noch von der Operation des sonst reifen Stares am anderen Auge Abstand genommen werden. Erst wenn die Sehfchärfe des

„guten" Auges unter $^1/_3$ gesunken ist, soll der Star des anderen Auges als operationsreif bezeichnet werden. Denn dann hat der Patient thatsächlich einen practischen Vortheil von der ausgeführten Operation. Ein gut operirtes cataractöses Auge hat ja nach der Operation durchschnittlich mindestens $^1/_3$—$^1/_2$ der normalen Sehschärfe. Wenn daher an dem unoperirten Auge die Sehschärfe nur $^1/_3$ gesunken ist, so wird der Patient das operirte und corrigirte Auge mit der besseren Sehschärfe stets vorziehen.

Es ist aber nicht nothwendig, daß die Linse vollständig undurchsichtig sei, um als operationsreif bezeichnet zu werden. Auch eine im anatomischen Sinne noch nicht reife Cataracta kann als operationsreif extrahirt werden, wenn am anderen Auge die Sehschärfe unter $^1/_3$ gesunken ist. Es ist wohl richtig, daß die Extraction einer „reifen" Cataracta für den Operateur viel einladender ist, als die der noch nicht vollständig undurchsichtigen Linse. Doch ist bei sorgfältiger Vornahme der Extraction einer sogenannten „unreifen" Cataracta trotzdem ein gutes Endresultat zu erhoffen. Es ist daher nicht recht einleuchtend, warum man Leute, deren Sehvermögen an beiden Augen durch bestehende Cataracta so hochgradig herabgesetzt ist, daß sie kaum auf der Straße ihren Weg ohne Gefahr allein finden, geschweige denn ihrem Berufe nachgehen können, von der Operation mit der Motivirung zurückweist, „der Star wäre noch nicht reif", zumal es jedem practisch beschäftigten Augenarzte bekannt ist, daß der „Kernstar" kaum jemals reif wird so daß diese Starform fast immer nur im „unreifen" Zustande operirt wird.

Was nun die Ausnahmefälle anbelangt, in welchen eine einseitige Cataracta bei Vorhandensein normaler oder fast normaler Sehschärfe des anderen Auges dennoch extrahirt werden sollte, so muß stets nach dem practischen Gewinne, welchen die Operation einer einseitigen Cataracta zur Folge hat, gefragt werden. In den meisten Fällen ist der Beruf des Kranken maßgebend. In solchen Fällen ist es daher natürlich, einseitige Cataracte trotz guter Sehschärfe des anderen Auges zu operiren. Ebenso selbstverständlich wäre die Operation einer einseitigen Cataracta, wenn am anderen Auge bei verhältnißmäßig guter Sehschärfe ein höherer Grad von Myopie bestände.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Vorkommnisse bei Entbindungen nervöser Frauen. Von Privatdocent Dr. Schäffer in Heidelberg.

(Deutsche Aerztezeitung, H. 12 u. 13., 1900.) In der Schwangerschaft treten eine Reihe reflektorischer Funktionsneurosen auf: Vomitus et Hyperemis, Salivatio, Hyperhydrosis, Tussis uterina, Diarrhoea gravidarum. An den Genitalien selbst zeigt sich Pruritus und Hydrorrhoea uteri gravidi. Außerdem kommen während der Gravidität Motilitätsneurosen vor: Vaginismus, Krämpfe im Bereiche der Sphinkter recti III., irritable bladder.

Die Schwangerschaftsneurosen sub partu kann man eintheilen in 1. Genitalneurosen: a) Sensibilitätsstörungen, b) Motilitätsstörungen: α) des willkürlichen, β) des glatten Muskelapparates (incl. vasomotorischer Störungen); 2. Reflexneurosen.

Die meisten dieser Fälle rubriciren sich in das Gebiet der Neurasthenie und Hysteroneurasthenie: je nach der Art der Symptome überwiegt die reine Hysterie mehr oder weniger. Inwiefern sonst die Entstehung abnormer Stoffwechselprodukte oder das Unterbleiben der Ausscheidung von Stoffwechselprodukten oder bakteriellen Toxinen die Symptomenkomplexe von Neurosen hervorrufen, bezw. ermöglichen, sei dahingestellt; aber hier gerade während der Schwangerschaft und der Geburt imponiren bei bestimmten Reflexneurosen nicht nur klinische Erscheinungen als toxische, sondern auch chemische Untersuchungen von Blut, Erbrochenem, Speichel, Scheidenschleim, Urin u. a. Sekretionsflüssigkeiten haben das Vorhandensein von abnormen, abnorm reichlichen oder abnorm lokalisirten toxinen Substanzen ergeben, welche in die Gruppe der Leukomaïne einzureihen sind. Solche Beobachtungen sind bei Schwangeren, die an Hyperemesis und Ptyalismus, sowie bei Kreissenden, die an Eklampsie litten, gemacht worden.

Die gegen Ende der Schwangerschaft auftretenden Reflexneurosen beruhen auf der Retention von Toxinen zufolge von (zumal Nieren-) Insufficienzen, die ihrerseits aber auch meist durch die im Beginne der Schwangerschaft entstehenden Stoffwechselstörungen veranlaßt werden.

Es handelt sich demnach um eine Gleichgewichtsstörung im Stoffwechsel und die Unfähigkeit, dieselbe in kurzer Zeit durch Anpassung und erhöhte Ausscheidung wieder herzustellen. Daß eine größere Anhäufung von Stoffwechsel-Toxinen im Blute Gesunder gelegentlich statthaben kann, so sehr, daß deren Reiz auf die Nieren zeitweise Albuminurie erzeugt, ist bekannt, so bei starken Anstrengungen, beim Verdursten u. dgl. Aber hier tritt alsbald eine Kompensation ein, die bei jenen prädisponirten, neuropatisch beanlagten Individuen ausbleibt.

So spielt bei der Eklampsie ein nervöses Moment eine Hauptrolle für die Auslösung der Krämpfe sub partu.

Dasselbe gilt für die Chorea gravidarum et parturientium.

Zu den Sensibilitätsstörungen seitens der Genitalsphäre gehören sub partu: abnorm schmerzhafte Wehen oder nicht empfundene, aber hinsichtlich Stärke und Gruppirung regelrechte Uteruskontraktionen, cirkumskript und krampfartig empfundene Wehen, zuweilen schon tage- und wochenlang vor den eigentlichen Eröffnungskontraktionen, krampfartig empfundene Nachwehen, Pseudokokkygodynie post partum et in puerperio (ohne Verletzungen oder Entzündungen in der Steißbeingegend oft bei Erstgebärenden).

Die Wehenanomalien sind zuweilen Folgen primärer Innervationseinflüsse. Bei Hysterischen und Neurasthenischen treffen wir häufig energielose Verarbeitung der Wehen, wodurch die Austreibung des Kindes halbe oder ganze Tage verzögert werden kann. Diese gehen zuweilen in Krampfwehen über. Diese Mischung von zu schwachen und partiell krampfhaften Wehen findet sich bei hystero-neurasthenischen Kreissenden am häufigsten.

Die intensivste und besonders interessante Form der Wehenatonie ist das völlige Aussetzen oder Ausbleiben derselben, der Mangel einer Reaktion seitens der centralnervösen Elemente auf den vorhandenen Reiz, welcher Zustand unter dem Namen des missed labour (oder auch in früheren Schwangerschaftsmonaten bei abgestorbenem Ovulum missed abortion) bekannt ist. Auch dieser kann sehr bedenkliche Folgen für Mutter und Kind haben, indem letzteres übertragen und zu stark entwickelt wird.

Die wesentlichsten Folgen der Wehenanomalien sind seltener seitliches Abweichen des Kopfes, als vielmehr Ausbleiben der Rückendrehung nach vorn u. infolgedessen zuweilen Entstehen einer Vorderhauptslage. Andererseits kommen bei dem Austritte häufig „Ueberdrehungen" vor. Der Blasensprung ist besonders oft verfrüht, weit seltener verspätet: nur in einigen Fällen ist es unklar, ob die Wehenanomalien Ursache oder Folge des zu frühen Blasensprunges sind.

Ist keine Gefahr im Verzuge, so ist auch bei tief stehendem Kopfe die Kolpeuryse das wirksamste Verfahren zur Anregung der Wehen.

Der primäre Wehensturm führt leicht zu „Sturzgeburten" und Nachblutungen zufolge des Ausbleibens kräftiger Nachwehen. Entsprechend ihrer nervösen Entstehungsweise werden die „zu starken Wehen" gewöhnlich von leb-

haften anderen Erſcheinungen begleitet: Erbrechen, Präcordialangst, Konvulsionen u. a. m. Ueberhaupt geben die begleitenden reflektoriſchen und neurotiſchen Symtome ein gutes und wichtiges Kriterium für die richtige Beurtheilung der Genese der Wehenanomalien ab. — (Der Frauenarzt.)

Verschiedenes.

Die Prophylaxe der Mastitis wird nach Müry in der Basler Frauenklinik seit einem Jahrzehnt folgenderweise gehandhabt. Für die Schwangerſchaft werden Waſchungen mit Warmwasser und Seife empfohlen. Nach der Geburt werden Warze und Warzenhof mit gesättigter Borlösung gereinigt, Borken mit Vaseline entfernt. Auf jede Warze kommt ein mit 4proc. Borlösung getränktes Gazeläppchen, darüber Guttapercha, ſchliesslich sterile Gaze. Diese Läppchen werden nach dem Stillen erneuert, bleiben aber sonst Tag und Nacht liegen. Auch der kindliche Mund wird vor und nach dem Anlegen, ebenso wie die Warze gereinigt. Der Keimgehalt der Warzenoberfläche und der Milch geht unter der Borbehandlung zurück. Der Procentsatz der eitrigen Mastitis blieb stets unter $^1/_2$ und war in den letzten beiden Jahren 0.

Die unter dem Borläppchen nachweisbaren Bakterien sind niemals Stäbchenformen, sondern im Wachsthum zurückbleibende Staphylococcen. Vor den andern Mitteln hat das Bor den Vorzug, daß es die Haut der Warze nicht reizt und für das Kind unſchädlich ist. Strassmann möchte dem hinzufügen, daß ein wesentlicher Theil der Prophylaxe gegen Mastitis darauf beruht, daß man die Warze vor jeder Berührung schützt. Sie soll stets mit steriler Gaze oder Watte umgeben sein, um das Reiben der Wäſche fernzuhalten. Die Reinigung der Warze ebenso das Darreichen der Brust an das Kind kann so geſchehen, daß die Hände nicht die Warze berühren. Wärterin und Mutter sind so anzulernen, daß sie die den Warzenhof umgebende Haut anfassen, nicht den Warzenhof oder die Warze selbst, wenn gestillt wird.

Die Diagnose der Hundswuth. Dr. Salmon, vom Bureau für Animal Industry, ſchreibt über die Schwierigkeiten in der Diagnose der Lyssa.

Dr. S. unterfcheidet zwei verfchiedene Formen der Krankheit, aber auf derselben Ursache beruhen und in gleicher Weise ansteck sind, nämlich die wüthende und die ruhige Form. Bei der wüthen Form beißt das kranke Thier alles, was in den Bereich seiner Zä geräth; bei der ruhigen Form sind die Kaumuskeln gelähmt und zw meist vom Beginn der Krankheit an, so daß das Thier, außer Sta zu beißen, sich ganz ruhig verhält. Der Unterfchied hängt nur v der verfchiedenen Schnelligkeit ab, mit der sich die Krankheit entwick Die ruhige Form der Rabies ist gleichzeitig als das Endstadium d wüthenden Form zu betrachten. Die wüthende Form entwickelt viel langsamer, beginnt mit einem Zustande der Unruhe, in dem kranke Hund eine übertriebene Zärtlichkeit für seinen Herrn an Tag legt. Diese Zeit, in der das Leiden naturgemäß oft verka wird, ist die allergefährlichste, weil der Speichel oft infe ist und die geringste Hautabfchürfung beim Lecken der Hände u. s zur Infectionsquelle werden kann. Viele Infectionen von Menfchen s in diesem Stadium der Krankheit zu Stande gekommen.

Als besonders gefährliches Zeichen ist es zu betrachten, wenn Hund einen Knochen in der Kehle stecken hat und ihn nicht hinun fchlucken kann. Das bedeutet allemal den Beginn der Lähmun erfcheinungen, den Beginn jenes Stadiums, in dem der Speichel höchste Virulenz erreicht. Versucht man nun, in den Rachen Hundes mit dem Finger einzugehen, um ihn von dem Hinderniß befreien, so ist eine Infection sehr leicht möglich.

Das wilde Umsichbeißen und Schnappen wuthkranker Hunde ein Zeichen von Delirium.

Die Annahme, daß die Hundswuth nur in der heißen Jahresz vorkommt, bestreitet Dr. S. ebenso wie die Angabe, daß der tolle Hu das Wasser fcheut.

Die verfchiedene Länge der Incubationszeit erklärt Dr. S. m individuellen Verfchiedenheiten sowie mit den besonderen Verhältniss der Infectionserreger, die verfchieden lange Zeit zur Entwicklung u vollständigen Durchsetzung des Central-Nervensystems nöthig haben.

(Nach Medical Record.)

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 11. IXL. Jahrgang. 25. November 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C 130 zu richten.

Inhalt:

Ueber den gegenwärtigen Stand des Arztes insbesondere vor dem Straf- und Civilgesetz; Orig.-Artikel von Dr. Kühner, Physicus a. D. (Coburg). — Was soll der Gichtkranke essen und trinken? — Ueber die Anwendung des Heroin bei Circulationsstörungen. Ist Argentum colloidale ein Specificum gegen Sepsis? — Ueber Amputation bei Phlegmone. Ueber die Behandlung der Fingerverletzungen. Das Malum coxae seuile als Berufskrankheit. — Beitrag zur Therapie verschleppter Querlagen. Zur medicamentösen Beeinflussung der Bauchpresse unter der Geburt. — Die Technik der Blasenspülung. Ueber eine neue Operationsmethode der Phimose. Gegenmittel bei Carbolsäure-Aetzungen und -Vergiftungen.

Ueber den gegenwärtigen Stand des Arztes insbesondere vor dem Straf- und Civilgesetz.

Originalartikel von Dr. A. Kühner, Physikus a. D. (Coburg).

Die Lage des ärztlichen Standes war schon vor Erlaß der Gewerbeordnung, Emanation des Strafgesetzbuches, Inkraftreten des Reichsrechts und des Bürgerlichen Gesetzbuchs keine glänzende. Mit Eintritt dieser Bestimmungen hat sich die Stellung des Arztes ganz verschoben. Wenig Rechte, schwere Pflichten! Die Freigabe der ärztlichen Praxis hat die Charlatanerie groß gezogen und den praktischen Wirkungskreis des Arztes erheblich eingeschränkt. Die „Approbation", wie sie § 29 der Gewerbeordnung regelt, gewährt wohl — nach einem Urtheil des Reichsgerichts vom 31. Mai 1894 — eine Befugniß, den Titel Arzt und dergleichen zu führen und eine gewisse Qualifikation, amtliche Funktionen anvertraut zu erhalten; bezüglich der Berufsrechte und Berufspflichten unterscheidet sich im übrigen der approbirte Arzt in nichts von dem nicht approbirten Arzt. Rechtlich ist sogar die Stellung des Kurpfuschers eine weit günstigere als die des Arztes, da bei etwa vorkommenden Klagen wegen vermeintlicher oder wirklicher Fahrlässigkeit im Fall der Verurtheilung nach den Bestimmungen des § 222 Abs. II des St.-G.-B. „wenn der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amts, Berufes oder Gewerbes besonders ver-

pflichtet war", „die Strafe erhöht werden kann." Unkenntniß des Gesetzes schützt nicht vor Strafen. Eine Menge von reichsgerichtlichen Entscheidungen, Bestimmungen der Straf- und Civilgesetzgebung wirken gegenwärtig auf den Stand des Arztes bestimmend ein und es ist gewiß ein zeitgemässes und dankenswerthes Unternehmen, an dieser Stelle diese Fragen zum Gegenstand einer Besprechung zu machen, um auf Grund vorliegender Erfahrungen dem praktischen Arzt Entlastungsmomente, Hilfsmittel an die Hand zu geben, um diese bei erhobenen Anschuldigungen wegen angenommener beruflicher Verfehlungen, Verstößen gegen Straf- oder Civilgesetzgebung zur Abwehr geltend zu machen und zu verwerthen.

Nach den Ausführungen Rechtsgelehrter beruht die Haftbarkeit der Aerzte entweder auf Vertrag oder unmittelbar auf Gesetz, d. h. der Arzt kann entweder vertraglich gehalten sein, bestimmten Personen, Kranken gegenüber seine Berufspflichten auszuüben und für den Schaden, der sich aus einer Nichtbeachtung der hierbei erforderlichen Sorgfalt für den andern vertragsschließenden Theil, den Kranken ergiebt, aufzukommen oder der Arzt wird haftbar unmittelbar kraft gesetzlicher Bestimmungen, wonach jeder, der einen andern widerrechtlich und fahrlässigerweise schädigt, diesem hierfür haftbar wird. Hat der Arzt dem Rufe des Kranken Folge geleistet, so tritt er zu ihm in ein Verhältniß, welches rechtlich den Vorschriften über den Dienstvertrag unterworfen ist. Die Hilfe, die er dem Kranken erweist, ist im Sinne des Gesetzes eine Dienstleistung, der Arzt ist der „Dienstverpflichtete", der Kranke der „Dienstberechtigte". Ein solcher Vertrag involvirt naturgemäß auf beiden Seiten Ansprüche und zugleich Verbindlichkeiten.

Vorab sei bemerkt, daß innerhalb der Breite der gesetzlichen Bestimmungen sowie bei der Ermangelung bestimmter leitender Grundsätze für Handlungen oder Unterlassungen des Arztes selbst das reichste Wissen, die größte Geschicklichkeit, die gewissenhafteste Führung vor versteckten Angriffen oder offenkundigen Anschuldigungen wegen Fahrlässigkeit nicht schützt, wenn Bösartigkeit, unlautere Motive oder eine Combination gewisser Umstände in Mitwirkung treten. Ebensowenig wird es bei der Natur des Gegenstandes, mit welchem sich die Heilkunde beschäftigt, bei der Menge von Umwandlungen, welchen der menschliche Körper, dessen Erkrankung, deren Erkenntniß und Behandlung, sowie deren begleitende Umstände unterliegen, jemals gelingen, nach Analogie anderer Stände eine Dienstordnung zu entwerfen, welche alle Rechte und Pflichten bei den beiden Contrahenten aufzählt und regelt.

Wenn der Arzt der „Dienstverpflichtete", der Kranke der „Dienstberechtigte", wenn nach diesem Vertragsverhältniß der Arzt unter Herrschaft des Bürgerlichen Gesetzbuches auch leichte Fahrlässigkeit zu vertreten hat, für ein geringes Versehen (levis culpa) *) haftet, so ergibt sich aus diesem Vertragsverhältniß zur Genüge, daß auch der Kranke haftet für alle nachtheiligen Folgen, welche aus einer Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen entstanden sind. Diese „Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen" bildet in praxi ein ungemein wichtiges, durch eine allgemeine Betrachtung gar nicht zu erschöpfendes Argument zur Entlastung des Arztes nicht nur in Bezug auf Dienstleistung, Dienstverpflichtung und Dienstberechtigung im Allgemeinen, sondern auf allen Gebieten der Medicin in ihrem ganzen Umfang im Besonderen. Bei genauer Nachforschung werden sich solche Argumente unschwer finden lassen.

Der Arzt wird zur Erfüllung jenes Vertragsverhältnisses seine Anordnungen bestimmt verständnißvoll, unzweideutig, eingehend geben, er wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Heilkunst unter Berücksichtigung der Individualität, der begleitenden Umstände, der Besonderheiten, der hier gar nicht zu erschöpfenden zahlreichen Kombinationen, Komplikationen, Eventualitäten des Falles, diesen nach Befinden unter Zuziehung eines zweiten Sachverständigen oder Laien (Chirurgie, Geburtshilfe, Chloroform u. s. f.) behandeln oder nach Erfordern dem Hospital, der öffentlichen Pflege zuweisen, der Arzt wird bei Ausübung dieser umfangreichen, verantwortungsvollen Verpflichtungen überall mit Kenntniß, Geschick, Umsicht und Erfahrung die erforderlichen Anordnungen treffen, um sich früher oder später zu überzeugen, daß nichts oder ungemein wenig von dem, was er angeordnet, geschehen, daß während dieser sorgsamen Anordnungen vielleicht irgend ein „kluger" Hintertreppenmann auf- und abgegangen, jene sorgfältigen Maßnahmen durchkreuzt hat durch die widersinnigsten Vorschläge. Bei glücklichem

*) Wir geben diesen Ausdruck, da er gerade durch die neuesten rechtlichen Bestimmungen geläufig geworden ist, wenngleich der Arzt vor Gericht niemals in die Lage kommen wird, sich über juristische Fragen auszusprechen, indem er nichts mehr und nichts weniger als ein technischer Zeuge, den der Richter ruft, wenn er zur Entscheidung eines Rechtsfalles oder einer zweifelhaften, in das ärztliche Gebiet einschlagenden Frage einer Aufklärung bedarf, wie er in ähnlichen Fällen hundert andere Sachverständige ruft. Daß ebenso das Bestreben des Richters, sich auf fremdes Gebiet zu begeben, um dort sachverständige Fragen selbstständig zu erledigen, die sonderbarsten Blüthen selbst bei Universitäts-Professoren zeitigen kann, davon habe ich aus der neuesten Literatur eine Blumenlese gegeben in einem ausführlichen, von Gegenwärtigem unabhängig, original geschriebenen, soeben in der „D. Medizinal-Zeitung" erschienenen Beitrag über „Straf- u. civilrechtliche Verantwortung des Arztes."

Erfolg erntet dieser Hintermann den Ruhm. Jeden Mißerfolg vertritt der Arzt. Dieselbe Kenntniß, Umsicht, Geschick und Erfahrung, welche ihn bei der Diagnose und Behandlung des Falles leite, verwerthe er auch zur Erhebung von Entlastungsmomenten in dem Verhalten des Kranken. Der angeschuldigte Arzt hat diese Argumente vorzubringen, der begutachtende Arzt sie zu prüfen, eventuell zu bestätigen, der Richter zu entscheiden. Dem Arzt muß es daher höchst sonderbar scheinen, wenn ihm Juristen zudiktiren, wie er verfahren soll. So heißt es in einem einem allgemein verbreiteten Kalendarium beigegebenen Exposé über die reichsrechtlichen Bestimmungen, nach einigen ganz selbstverständlichen Bemerkungen über die Berufspflichten, daß „unter Umständen dem Arzt eine Pflichtverletzung zugerechnet werden könne, wenn er es an der erforderlichen Anzahl von Besuchen oder an der Zuziehung eines anderen Arztes fehlen lasse." Jeder, der die Literatur der gerichtlichen Medicin, die Forderungen der ärztlichen Praxis und das Publikum kennt, weiß, daß diese beiden Fragen nach der Anzahl der zu leistenden oder zu unterlassenden Besuche sowie nach der Zuziehung eines anderen Arztes wie kaum eine andere dem subjectiven Ermessen des behandelnden Arztes anheimzustellen ist, der allein als sachverständiger Zeuge aussagen kann, was nach Lage des Falles zu thun oder zu lassen war. Hören wir über diese Anschuldigungen wegen Vernachlässigung und hieraus angeblich erfolgter Benachtheiligung des Kranken durch den Arzt, der jenen in einem gefährlichen Momente verlassen oder nicht oft genug besucht haben soll, Buchner*): In erster Beziehung muß es zunächst dem Arzt überlassen bleiben, ob ein gefährlicher Moment vorhanden ist und zum Dableiben auffordert. Ist dies aber vom Arzte zugestanden oder auf objektive Weise nachgewiesen, so können ihm immer noch begründete Motive zur Seite stehen. In Bezug auf die Seltenheit der Besuche kann es zu einer Anschuldigung kaum kommen, da der Kranke nur seinen Wunsch nach öfteren ärztlichen Besuchen zu erkennen wird geben dürfen, um denselben entsprochen zu sehen. Häufig aber geht der Wunsch des Kranken, wenigstens des zahlungspflichtigen, nicht nach oft wiederholten Besuchen; in manchen Gegenden wird die Initiative zur Wiederholung des ärztlichen Besuchs dem Arzte nicht zugestanden. Dieser besucht den Kranken nur, wenn er wieder gerufen wird. Medicus non nisi vocatus! Wie viele Besuche im Einzelnen zu machen sind, läßt sich im Allgemeinen nicht festsetzen und hängt nicht nur von der Art des Krankheitsfalls ab, sondern auch von der Ent-

*) Lehrbuch der gerichtl. Medizin für Aerzte und Juristen.

fernung des Kranken, von dessen Temperament oder der Beängstigung der Umgebung, von der zufälligen Ortsanwesenheit des Arztes, namentlich von dessen Gewöhnung, beziehungsweise Uebung in Voraussicht des Krankheitsverlaufs und des dagegen einzuschlagenden Verfahrens. Die Bestimmung, wie viele ärztliche Besuche nothwendig sind, um den gegebenen Fall zu einem möglichst günstigen Ende zu führen, wird daher dem gewissenhaften Ermessen des Arztes überlassen bleiben müssen. —

Die preußische wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen hat sich mit Entschiedenheit dahin ausgesprochen, die Häufigkeit der Besuche müsse dem Urtheil und Gewissen des Arztes überlassen bleiben. Eine Normalzahl könne hier überall nicht aufgestellt werden, wenn man nicht der einen oder andern Partei, dem Arzte oder dem Kranken zu nahe treten wolle. Ganz ähnlich verhält sich die Zuziehung eines anderen Arztes, die Verweisung der Kranken in das Hospital, die öffentliche Pflege. Weiterhin heißt es in jenem Exposé: „Ebenso darf erwartet werden, daß der Arzt am Krankenbett auch im Angesichte großer Gefahr und nicht minder auch in Zeiten beruflicher Ueberlastung seine Ruhe und Umsicht nicht verliere; Fehlgriffe, die in einem Mangel dieser Art ihren Grund haben, müssen ebenfalls als Fälle einer vertretbaren Fährlässigkeit angesehen werden.“ Mangel an Ruhe und Umsicht müssen in jedem Beruf als ein Merkmal vertretbarer Fahrlässigkeit gelten. Wenn der Vorsitzende eines Schwurgerichts am zweiten Tag einer Verhandlung übersieht, einen Zeugen zu vereiden und der Vertheidiger in Folge dieses Fehlgriffes die Revision beantragt und durchsetzt, so glauben wir mit diesem Beispiel erwiesen zu haben, daß auch auf anderen Gebieten eine vertretbare Fahrlässigkeit aus Mangel an Ruhe und Umsicht vorkommen kann. Das Rechtsgefühl der Aerzte kann verlangen, daß überall mit gleichem Maaß gemessen werde. Alltäglich lesen wir Berichte über gerichtliche Verhandlungen, von Seiten der Instanz dahin lautend, „daß in der Sache kein oder ein Rechtsirrthum“ begangen worden. Kann ein solcher Rechtsirrthum nicht auch zum Schaden Anderer ausfallen? Ist ein solcher Irrthum unter Umständen nicht auch strafbar? Diese Fragen harren noch der Aufklärung.

Mit diesen Worten haben wir den Irrthum unter Umständen als Merkmal vertretbarer Fahrlässigkeit anerkannt. Wenn im Vorstehenden das Verlangen gestellt worden ist, daß überall mit gleichem Maß gemessen werde, so ergiebt sich bezüglich der Irrthümer der Aerzte in Hinsicht auf ihre Straffälligkeit sofort die traurige Thatsache, daß Irrthümer,

je nachdem sie von Celebritäten, Autoritäten begangen worden oder von Aerzten oft unter weit leichter zu Irrthümer Anlaß gebenden Umständen, ganz verſchieden in Bezug auf Strafbarkeit, gemessen werden. Während berühmte Aerzte den Schutz der anerkannten Geſchicklichkeit und Erfahrung genießen, während vielfach Lehrer ihren Schülern Beispiele von Irrthümern, mit allen, Leben u. Gesundheit gefährdenden, oft Schrecken erregenden Folgeerſcheinungen als kliniſche Excellence vorführen, werden solche Irrthümer als ärztliche negligence aufgegriffen und geben, oft begünstigt durch heimliche, versteckte intellektuelle Urheber Anlaß zu Anklagen gegen den durch Namen und Stellung nicht geſchützten Praktiker, der vielleicht auf dem Lande, in der Armenpraxis, mit derselben Sorgfalt, in wissenſchaftlicher Ueberzeugung, in bester Absicht, mit Thatkraft und Vorbedacht, zum Zweck der Heilung des Kranken handelt, oft unter den mißlichsten Umständen, ohne Assistenz, im Zustande eigener Erſchöpfung, bei ungenügender Beleuchtung und einer Menge erſchwerender Umstände, welche die Entstehung von Irrthümern, mögen diese die Untersuchung, Diagnose, Werthſchätzung wesentlicher oder zufälliger Momente, Behandlung betreffen, begünstigen, selbst diese Entstehung in ihrer Eigenart rechtfertigen. Während nur der behandelnde Arzt die ganze Konfiguration der Verhältnisse, die mißliche, eigenthümliche, sonderbare Situation ermessen kann, welche den Irrthum veranlaßt hat, kann es leicht vorkommen, daß anstatt unbefangener Prüfung und Beurtheilung der eigene Irrthum des Sachverständigen, selbst ein Rechtsirrthum (s. o.) den Beklagten des Irrthums anſchuldigt, anstatt ihn zu entſchuldigen.

Weiter heißt es in jenem Exposé: „Würde ein an einem ſchwierigen Augenübel leidender Patient sich an einen Arzt wenden, der in seiner Praxis derartige Fälle nicht zu behandeln pflegt, so käme es einer Verletzung der Sorgfaltspflicht gleich, wenn der ersuchte Arzt trotzdem den Kranken in die Behandlung nähme. Er muß vielmehr den Patienten über die Sachlage aufklären und ihm anempfehlen, sich an einen Specialarzt zu wenden.“ Dieses Beispiel ist nicht glücklich gewählt. Jeder Arzt weiß, daß eingedrungene Fremdkörper, Verletzungen des Auges, meist gerade die ſchweren, eine augenblickliche, in der Regel jedem Sachkundigen zuständige Hilfe wünſchenswerth machen und nur bei sofortigem Einſchreiten günstige Aussichten eröffnen für die Heilung. Auch die weiteren Beispiele in jenem Exposé entsprechen dem Sachverhalt nicht und erfahren jene Ausführungen bei der Prüfung durch Sachverständige eine Bestätigung vielfach nicht. Die dort angenommene Lehre von den allgemein anerkannten Regeln der Heilkunde ist längst

antiquirt und ähnlich verhält es sich mit vielem Anderen.

Die Voraussicht, in dem Verhalten des Kranken zahlreiche und wesentliche Entlastungsmomente bei erhobenen Anschuldigungen zu suchen und zu finden, hat uns bei der Betrachtung der Irrthümer jene Argumente im Verhalten des Arztes eröffnet. Der Gegenstand bietet, wie meine Veröffentlichungen*) zeigen, so zahlreiche Anhaltspunkte für eine nutzbare Betrachtung, daß sich derselbe auf einem kleinen Raum kaum erschöpfen läßt. Sowohl, wie bereits angedeutet, im Allgemeinen als im Bereiche der inneren Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe, in allen Specialitäten, lassen sich in dem Verhalten des Arztes, sowie in der Natur des Gegenstandes, mit welchem sich die Heilkunde beschäftigt, in den begleitenden Umständen des Einzelfalles zahlreiche und wesentliche Entlastungsmomente finden.

Heben wir hier schließlich nur die aus der Natur des Gegenstandes sich ergebenden Argumente hervor, so kommt bei deren Würdigung die ungemein wichtige Lehre vom Kausalzusammenhang in Betracht. Ursache und Wirkung sind Beziehungsbegriffe, die nur auf Ereignisse anzuwenden sind. Bei diesen Ereignissen hat man die äußere zeitliche Aufeinanderfolge von dem inneren Bedingtsein zu unterscheiden. Der Sonntag ist nicht die Ursache vom Montag, dieses Verhältniß ist vielmehr zeitliche Aufeinanderfolge; aber viele Ausschreitungen, Excesse im Alkoholgenuß am Sonntag sind die Ursache der statistisch festgestellten Thatsache, daß in den Fabriken mehr Unglücksfälle in Folge von Zerstreutheit, Nachlässigkeit der Arbeiter vorkommen, als an anderen Tagen. Ebenso wie in diesem Beispiel handelt es sich auch bei der Natur des Gegenstandes, mit welchem sich die Heilkunde beschäftigt, bei unerwarteten Vorkommnissen meist nicht um eine Ursache, sondern um viele. Was Messer und Gifte, Ungeschicklichkeit, Ausschreitungen und Vernachlässigung verschuldet haben sollen, findet bei sorgfältiger Analyse vielfach eine Erklärung in accidentellen und konkurrienden Momenten, eine Lehre, welche von mir an der Hand einer reichen, meist Privatakten entnommenen Casuistik ausgebildet worden ist. Hierbei kommen in Betracht plötzliche Todesfälle bei Kindern*) und Erwachsenen aus ganz anderen Ursachen, ebenso Gangrän

*) Die Kunstfehler der Aerzte. Der ärztliche Stand. Frankfurt a. M. Gebr. Knauer. Ueber Erfolge und Mißerfolge in der Praxis. Bd. VI, Heft 1 und 2 der Klinischen Zeit- und Streitfragen. Herausg. Prof. Dr. Joh. Schnitzler. Verlag der International. Rundschau. Wien. Die strafrechtl. Verantwortlichkeit des Arztes bei Anwendung des Chloroforms pp. Heft 4 der Berliner Klinik. Herausgegeb. von Hahn & Fürbringer. Berlin NW. Fischers medic. Buchhandlung.

*) Vergl. die Abhandlung von Thiemich (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medicin. 21, 2. Der prakt. Arzt. Mainummer).

(angeblich fest einschnürende Verbände bei Frakturen u. s. f.) Unfälle, Zufälle, Unglücksfälle, (Geburtshilfe, unglückliche Ereignisse bei Operationen, Frakturen, Luxationen) Idiosyncrasien, eigenartige Körperbeschaffenheit, theils anatomische: dünnwandige, brüchige Knochen, Altersfehler und Entwickelungshemmung, theils physiologische: Bluter, Nervöse, Potatoren, ferner natürliche Einflüsse: Jahreszeiten und Witterung, welche für die Aetiologie, Verbreitung und den Ausgang von Erkrankungen von der größten Wichtigkeit, begleitende Umstände: Einwirkung anderer Personen (Hebammen, Kurpfuscher), Ursachen, denen die Vorhersehbarkeit, mithin die Zurechenbarkeit abzusprechen ist.

In den meisten Fällen von Anschuldigungen gegen Aerzte wegen angeblicher Berufsverfehlungen handelt es sich um Meinungsverschiedenheiten oder um, erst durch die schiefe Begutachtung von sogenannten Sachverständigen hineingetragene Fehler, Begutachtungen, welche oft die ungerechtfertigsten Angriffe gegen Aerzte als vermeintliche Verfehlungen bestätigt und die traurigsten Folgen für Ruf und Schicksal des Arztes herbeigeführt haben. Sehr wahr sagt Godelle*), Oberstaatsanwalt am Gerichtshof zu Metz: „Wenn Zweifel bestehen über das Vorhandensein eines Fehlers, über die Ursache der entstandenen Zufälle, über die Ursache eines eingetretenen Schadens; wenn die Frage über das Vorhandensein eines Fehlers wissenschaftliche Schwierigkeiten, ärztliche Kontroversen erzeugt, dann besteht keine Verantwortlichkeit, ist keine Verurtheilung möglich. Man kann nicht verurtheilen für einen zweifelhaften, oder selbst wahrscheinlichen, aber nicht bewiesenen Fehler.“

(Ein zweiter Artikel folgt im nächsten Jahrgang).

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Was soll der Gichtkranke essen und trinken? Von Dr. Paul Friedrich Richter. Darüber sind alle Autoren einig, daß eine Ueberernährung streng zu vermeiden ist. Die Ernährungstherapie der Gicht hat folgenden Aufgaben gerecht zu werden: Die Kost soll eine mäßig reichliche sein; Harnsäurebildner müssen möglichst aus der Nahrung ausgeschlossen werden; die Diät soll leicht verdaulich sein und eine Reizung der Nieren thunlichst vermieden werden.

*) L'Union médicale 1867, 3. Dezember.

Der Haupteiweißträger, das Fleiſch, gehörte früher zu den für die Gichtkranken streng perhorrescirten Nahrungsmitteln. Wir wissen jetzt, daß die Steigerung der Harnsäureausſcheidung nach Fleiſchnahrung keine erhebliche ist. Eine Ausnahme machen nur die sehr nucleïnreichen Fleiſchsorten, wie Leber, Milz, Nieren, Gehirn, Thymus. Nach ihrem Genuss findet eine bedeutende Erhöhung der Harnsäurebildung und Harnsäureausfuhr statt; sie sind daher dem Gichtkranken zu verbieten. Anderseits darf nicht vergessen werden, daß Fleiſchnahrung diejenige ist, welche, namentlich durch ihren Gehalt an Extractivstoffen, die Nieren am ehesten zu reizen vermag, und welche, im Uebermaß genossen, auch den Darmcanal belastet, resp. Gelegenheit zur Bildung ſchädlicher Zersetzungsproducte giebt. Gegen einen mäßigen Fleiſchgenuß wird nichts einzuwenden sein; allerdings soll der Gichtkranke in der Regel — ſchwächliche, muskelſchwache und in ihrer Ernährung sehr heruntergekommene Individuen ausgenommen — die Menge von etwa 200 g Fleiſch pro Tag nicht überſchreiten. Die Wahl der Fleiſchsorten richtet sich nach ihrer Verdaulichkeit und ihrem Gehalt an Extractivstoffen; im Allgemeinen wird mit Rücksicht auf letzteren weißes extractivstoffärmeres Fleiſch dem rothen vorzuziehen sein, und aus demselben Grunde das gekochte Fleiſch dem Gichtkranken zuträglicher sein als gebratenes. Gepökelte oder stark gewürzte Fleiſchsorten, Ragouts, Wurst und dergleichen wird man besser dem Kranken verbieten, dagegen den Genuß von Fiſchen, mit Ausnahme der sehr ſchwer verdaulichen (Lachs, Aal) ohne weiteres gestatten.

Eier sind unbedingt zu gestatten; sie enthalten keine Nucleïne und sind deshalb auch für die die Harnsäure-Ausſcheidung ohne Einfluß. Das Gleiche gilt von der Milch, abgesehen vielleicht von saurer Milch, Kumys, Kefir und dergleichen, die man auf Grund etwas vager Vorstellungen über abnorme Säurebildung im Organismus verbietet. Ebensowenig liegt eine Veranlassung vor, dem Gichtkranken den Genuß von Käse zu untersagen, mit Ausnahme der sehr ſcharfen, die Nieren reizenden Sorten, wie Liptauer u. dgl. Von künstlichen Eiweißnährpräparaten sind namentlich die aus dem Caseïn dargestellten, das Eucasin und Nutrose, mit Nutzen für den Gichtkranken verwerthbar.

Für das Verbot der Fette läßt sich nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse ein ausreichender Grund nicht finden; Fett beeinflußt die Harnsäureausſcheidung nicht. Fett ist auch mit Rücksicht auf die Schonung der Nierenthätigkeit durchaus indicirt und Fette sind, in mäßigen Mengen genossen, durchaus leicht verdaulich. Ein Quantum

von etwa 100 g Fett pro Tag mag man ruhig dem Gichtkranken zumessen.

Auch für ein absolutes Verbot der Kohlehydrate läßt sich ein plausibler Grund nicht geltend machen. Dasselbe, was zu Gunsten der Fettnahrung angeführt wurde, gilt auch für die Kohlehydrate. Nur darf man nicht vergessen, daß sie unter Umständen erhebliche Ansprüche an den Verdauungsapparat stellen, abnorme Gährungsvorgänge hervorrufen oder vorhandene steigern, nnd damit zu dyspeptiſchen Zuständen mit allen ihren Gefahren für den Gichtkranken Veranlassung werden. So wenig man daher Veranlassung nehmen wird, Semmel, Brod, Kartoffeln den Kranken zu verbieten, so wird man andererseits Kuchen, Süßigkeiten als überflüssig am besten ganz aus der Nahrung ausſchließen. Von Gemüsen soll der Gichtkranke die Kohlarten ihrer blähenden Wirkung wegen meiden; grüne Gemüse werden allseitig empfohlen. Spargel wird, seiner Reizwirkung auf die Nieren halber, gemieden. Jedenfalls erweist sich reichlicher Obstgenuss dem Gichtkranken eher nützlich als ſchädlich, ohne daß man gerade nöthig hat, besondere „Citronencuren, Traubencuren, Erdbeercuren“ oder ähnliche Curen vorzuſchreiben. Bei gleicher Zufuhr von 100 g Fett genügen jedenfalls 200—250 g Kohlehydrate vollkommen.

Der Alkohol, soweit es angeht, ist bei der Gicht vollständig zu untersagen. Compromisse zwiſchen Arzt und Kranken, das Erlauben angeblich weniger ſchädlicher Alkoholsorten, wobei für den Patienten die Neigung zu Excessen besonders nahe liegt, oder das Gestatten mässiger Alkoholmengen, ſchaden mehr, als sie nützen. Eine Ausnahme soll man nur bei sehr heruntergekommenen kachektiſchen Individuen machen, wo die höhere Rücksicht auf allgemeinen Ernährungszustand, Herzthätigkeit u. dergl. die Anwendung des Alkohols als Reizmittel mitunter gebieteriſch fordern wird. Auch da, wo man bei sehr an Alkohol gewöhnten Individuen andere unangenehme Wirkungen plötzlich forcirter Entziehungscuren fürchten muß, wird man nur sehr langsam und allmählich das Verbot des Alkohols durchführen können. Bei Kaffee und Thee ist eine so rigorose Enthaltsamkeit nicht geboten. Immerhin wird man, namentlich mit Rücksicht auf die Nieren, übermäßigen Genuß nicht zulassen; man wird auch der Thatsache eingedenk sein müssen, daß die in diesen Getränken enthaltenen sogenannten Purinderivate (Coffeïn, Theobromin etc.) die Harnsäure vermehren können. Das Hauptgetränk der Gichtkranken bleibt Wasser, resp. die verſchiedenen Arten der Mineralwässer. Unter ihnen stehen von jeher in einem großen Rufe die alkaliſchen Wässer, ohne daß die Theorie bis jetzt die fraglosen günstigen Erfolge derselben zu erklären vermag; von bekannteren

die Mineralwässer von Selters, Apollinaris, Gießhübel, Bilin, Fachingen, Kronthal, Salzbrunn, Kaiser Friedrichquelle-Offenbach etc. Man wird bei ihrer Verordnung dem individuellen Geschmack Rechnung zu tragen haben und, da es sich ja um einen durch jahrelang fortgesetzten Gebrauch handelt, öfter wechseln. Eine reichlichere Zufuhr sowohl dieser Getränke, wie auch von gewöhnlichem Wasser ist jedenfalls dem Kranken anzurathen.

Die Hauptsache der Diät bei der Gicht bleibt weniger eine qualitative Beschränkung, als eine quantitative: der Gichtkranke soll mäßig leben und jeden Exceß vermeiden. Allerdings darf diese Diätbeschränkung nicht zu einer Unterernährung führen. — (Die Krankenpflege, October 1901.)

II. Medicin.

Ueber die Anwendung des Heroin bei Cirkulationsstörungen. Von Pawinski und Lévy. (Heilkunde 1901, Heft 1 u. 4). Als Indication für die Anwendung des Heroin galt 1) Husten, 2) Dyspnoë, 3) Schmerzen, zumal stenokardiale, 4) Angstgefühl, Herzklopfen, Parästhesien, 5) die verschiedene Cirkulationsstörungen begleitende Schlaflosigkeit. Auf Grund seiner Beobachtungen, die aus der Hospital- und Privatpraxis stammen und 50 erreicht haben, kommt P. zu folgendem Schlusse: Bei Herzklappenfehlern sind die besten Erfolge in denjenigen Fällen von Insufficienz der Aortenklappen zu verzeichnen, die auf Grund von Rheumatismus oder Atheromatose entstanden sind, während es bei Affektionen der Mitralis, Tricuspidalis und bei Stenose des linken und rechten venösen Ostium, kurz bei Störungen im kleinen Kreislaufe, wenig gute Dienste leistet. Bei Arteriosklerose, besonders bei gleichzeitiger Darreichung von Jodpräparaten, bewährt sich Heroin recht gut, wie es auch beim Asthma cardiale der Fall ist, das Nachts bei Individuen auftritt, die an Arteriosklerose oder interstiteller Nephritis leiden. Während des Tages erhalten derartige Pat. am besten Kampher allein oder mit Zusatz kleiner Digitalisgaben, Abends 1—2 Stunden vor dem zu erwartenden Anfalle Heroin. Bei Krankheiten des Herzmuskels erzielt das Mittel eine Milderung der Dyspnoë und des Hustens. Auf die Regulirung des Herzens hat es keinen deutlichen Einfluß, dagegen kann man bei Herzneurosen seine lindernde und beruhigende Wirkung wahrnehmen, zumal bei sog. falscher Angina pectoris. Bei Angina pectoris vera ist es wirkungslos; dagegen erweist es sich als recht wirksam bei den Schmerzen, die an verschiedenen Stellen am Thorax,

Halse und oberen Extremitäten, bei Aortenaneurysma auftreten. Auch bei Basedow'scher Krankheit bewährt es sich, am besten in Verbindung mit Digitalis, Chinin oder Arsen. Bei Erkrankungen der Respirationswege (Laryngitis, Bronchitis, Tuberculosis) tritt eine Linderung des Hustens und der Schmerzen ein; beim Bronchialasthma nimmt die Athemnoth unter dem Einfluß mittlerer Heroingaben ab. Auch bei der Magenhyperästhesie auf allgemein nervöser Basis, nach Vergiftungen von Säuren entstanden, mildert es die lästigen, quälenden Erscheinungen der Pat., wie Erbrechen, Schmerzen, sowie fast vollständige Unmöglichkeit, Speisen zu genießen. Eine chemische Intoxication oder eine Angewöhnung an das Mittel scheint nicht vorzukommen. Letzteres kann auch P. bestätigen, der die Schlaflosigkeit eines Kranken mit Aorteninsufficienz während eines halben Jahres fast täglich mit Gaben von je 0,01 Heroin. muriat., des Abends und Nachts gereicht, mit bestem Erfolge behandelte.

In einer Reihe von Fällen von kardialer Dyspnoë hat L. das Heroin als Ersatzmittel des Morphiums angewendet. Bei einem 60jährigen, an vorgeschrittener Arteriosklerose leidenden Manne, den zugleich starke Anfälle von Angina peinigten, die einen derart heftigen Charakter annahmen, daß er bereits nach einigen rascheren Schritten Athemnoth und heftige schneidende Schmerzen in der Herzgegend bekam, verordnete L. 3mal täglich 0,004 Heroin. Schon nach der Einnahme des 2. Pulvers athmete der Pat. freier, die Schmerzen linderten sich, er konnte auch ohne Beschwerden rascher gehen. Seit jener Zeit — es sind jetzt fast 7 Monate — gebraucht der Pat. neben Jodnatrium die Heroinpulver, 2—3 Pulver täglich, ohne daß die Wirkung ausgeblieben wäre, was ein Vortheil im Verhältnisse zum Morphium ist; dabei ist die hustenlindernde Wirkung des Heroin auch prompter als die des Morphiums.

L. empfiehlt das Heroin bei Angina pectoris auf der Basis von Arteriosklerose, bezw. der Coronarsklerose, um so mehr, als eine Gewöhnung an dieses Mittel nicht zu befürchten ist und schon mit gefahrlosen kleinen Dosen (3—4 mg) die nöthige Wirkung hervorgerufen werden kann.

Ist Argentum colloidale (genannt „Collargolum") ein Specificum gegen Sepsis? (Allg. med. Central-Zeitung No. 6 und 7, 1901.) Da sich im Laufe der Jahre aus einer Anzahl Arbeiten ergeben hat, daß Silber ein ungiftiges Antisepticum ist und in der Form des Argentum colloidale (Collargolum) über den Gesammtorganismus vertheilt werden kann, so hat Viet das Mittel ohne Bedenken angewandt und irgendwelche unvortheilhafte Nebenerscheinungen (wie etwa Argyrie) nicht gesehen.

Einen großen Werth bezüglich des Erfolges mißt V. der Anwendungsweise bei, nicht allein bezüglich der Form der Application als auch hinsichtlich der Höhe der Dosis.

Bei Anwendung der Salbe (Unguentum Credé) wurde die Applicationsstelle jedesmal mit warmem Seifenwasser gründlich gereinigt und nach dem Abtrocknen Unguentum Credé verrieben, bis die Menge völlig in der Haut verſchwunden war. Als besonders günstige Stellen der Resorption erwiesen sich die Innenseiten der Oberſchenkel, die Fossae iliacae, die Brust und der Rücken; niemals wurde die Infectionsstelle eingerieben. Anfänglich wurden 3,0 Ung. Credé eingerieben, bei ſchweren Fällen 6,0—9,0 Ung. Credé pro die. Nebenbei wurde verordnet:

Rp. Collargoli 2,0
Albuminis 20,0
Aqu. dest. 180,0
M. D. S. 2stündlich 1 Esslöffel.

Von einzelnen Fällen phlegmonöser, bezw. lymphangitiſcher Erkrankungen sind 7 genauer mitgetheilt, in denen es sich theilweise um recht ſchwere Erkrankungen handelte. In allen Fällen war der Erfolg ein augenſcheinlicher; der Proceß wurde prompt zum Stillstand gebracht und ſchnell Heilung erzielt.

Beweisender als diese immerhin mehr localisirten Erkrankungen sind 8 theilweise sehr genaue Krankengeſchichten über Septikämie, Pyämie und Puerperalfieber. Auch in diesen fast durchweg sehr ſchweren Krankheitsfällen war die Einwirkung des Collargolum sehr deutlich, namentlich hinsichtlich der Temperatur, des Schüttelfrostes und der Metastasenbildung. „Ich halte es für Pflicht, bei jeder puerperalen Infection energiſch mit Argentum colloidale vorzugehen", meint V. im Hinblick auf das Erreichte.

Obwohl Credé Argentum colloidale lediglich bei septiſchen Erkrankungen erprobt und empfohlen hat, so bewährte sich das Mittel auch bei Diphterie und Scharlach, namentlich in den Formen, bei denen es zu Necrosen der Gaumenſchleimhaut kam. Auch mehrere Fälle von Appendicitis und Parametritis wurden recht günstigt beeinflußt.

Auf Grund seiner reichen praktiſchen Erfahrung erklärt V.: Bei rechtzeitiger und energiſcher Anwendung ist Argentum colloidale (Collargolum) ein Specificum gegen Sepsis.

Nach vielen Mißerfolgen (25 Fälle von Sepsis mit tödtlichem Ausgang) mit Marmoreks Serum hat Dr. Marx die Credéſche Silbersalbe angewendet. In einem Falle von Sepsis mit Membranenbildung im Uterus und in der Scheide wirkte sie geradezu lebensrettend, nachdem viele andere Mittel im Stiche gelassen hatten. 24 Stunden nach der Anwendung

waren die localen Erſcheinungen verſchwunden und ebenso nach 48 Stunden die Allgemeinerſcheinungen.

Auch sahen einige Autoren neuerdings von dem Unguent. Credé sehr gute Erfolge bei Meningitis cerebrospinalis epidemica und bei Meningitis tuberculosa. Die Salbe wurde in einer Menge von $3^1/_2$—7 gr und darüber bei Kindern, bei Erwachsenen bis zu 10 gr täglich in die Haut des Kopfes, des Rückens oder in die Schenkelhaut gerieben. Es soll sich ſchon sehr bald ein Sinken der Temperatur, sowie ein Nachlassen der typiſchen Cerebralsymptome bemerkbar gemacht haben und in mehreren Fällen Heilung eingetreten sein. Desgleichen hat das Präparat bei inficirten Wunden, Furunculose, Erysipel, Septikämie, Phlegmasia alba dolens etc. Anwendung gefunden (Kronfeld). Die bestehenden Infiltrationen bildeten sich meist ſchnell zurück, Schmerzen und Eiterung ließen nach, die vorher belegten Wundflächen reinigten sich und bedeckten sich mit gesunden Granulationen. Die Einreibungen der Salbe erfolgten bald in die erkrankten Hautparthien direct, bald in die benachbarten gesunden Regionen.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

In der Berliner Mediziniſchen Geſellſchaft sprach Prof. v. Bergmann über **Amputation bei Phlegmone.** Er erinnert an die Virchow'ſche Arbeit über das Leben im Blute, worin gezeigt wurde, daß auf die Dauer das Blut nicht Träger von fremden Stoffen sei. Die bisher vielfach vertretene Ansicht, daß das Leben des Patienten verloren sei, sobald deletäre Organismen im Blute kreisten, hält v. B. für falſch. Beweise dafür bieten mehrere in der Klinik beobachtete Fälle von derselben Art, die zur Betrachtung der Frage geführt haben. Hier ist der Gang der Störung kliniſch deutlich gekennzeichnet. Man ist aber dem Vorſchreiten des Prozesses gegenüber durchaus nicht machtlos. Gehörige Spaltungen der Haut, des Bindegewebes, der Fascien, der Sehnenſcheiden haben v. B. ganz außerordentlich günstige Resultate ergeben, wie er in einer v. Coler zum 70. Geburtstage gewidmeten Schrift dargestellt hat. Untersucht man in solchen Fällen das Blut, so findet man recht oft noch diejenigen Mikroorganismen, die man als die Erreger der krankhaften Prozesse ansieht: Streptokokken, Staphylokokken u. s. w.; der Nachweis kann durch Färbung oder durch Impfung auf Thiere bezw. Agar erbracht werden. Wenn die tiefen Einſchnitte zur Entleerung des Eiters, der sich ziemlich früh

ſchon in den Sehnenſcheiden bildet, nichts helfen, so wird man vor die Frage gestellt, ob man nicht durch Absetzung des betreffenden Gliedes noch helfen kann. Von manchen Seiten wird diese Frage entſchieden verneint und es als sehr gefährlich hingestellt, erkrankte Glieder in Fällen abzusetzen, wo Mikroorganismen bereits im Blute kreisen. Dörfler-Regensburg hat in einem Aufsatz in der „Münchener Med. Wochenſchrift“ derartige Operationen sogar als Kunstfehler bezeichnet, gegen welche der Staatsanwalt einſchreiten müsse. Während dieser Autor also die Amputation in den betreffenden Fällen so ſcharf als möglich perhorrescirt, möchte v. B. so dringlich als möglich dazu rathen. Es läßt sich auch der fragliche Zeitpunkt, wann mit der Amputation vorgegangen werden soll, ganz genau bestimmen, nämlich dann, wenn die Schnitte nicht mehr helfen, wenn also trotz ausgiebiger Spaltungen, die Phlegmone immer weiter und weiter sich ausbreitet, während sie in ähnlichen Fällen von Erfolg gewesen sind; alsdann ist es Zeit, die Amputation auszuführen. v. B.'s Assistent Wolff hat sich mit dem Studium der Frage eingehender beſchäftigt und von 6 Fällen fortſchreitender Phlegmone, wo die Amputationen rettend wirkten, bei 5 innerhalb des Blutes in reichem Maße nach der Amputation noch durch Impfung auf Thier und Agar dieselben Mikroorganismen festgestellt, welche aus den Geweben beim Einſchneiden ermittelt wurden. v. B. erwähnt als besonders kennzeichnenden Fall denjenigen eines 20-jährigen Studenten, der in die Klinik am 27. September d. J. eingeliefert wurde, nachdem er beim Abspringen von der Straßenbahn so unglücklich in den Vordertheil des Wagens gerieth, daß ein guter Theil der Hand gequetſcht wurde. Die anfangs versuchte konservative Behandlung mißlang; ſchon am 29. September mußte der kleine Finger der linken Hand entfernt werden, die Phlegmone ging ſchnell weiter; die Blutuntersuchungen von der Wunde aus und von der rechten Medianvene ergaben bei Impfungen ein positives Resultat; es handelte sich um Streptokokken, die damit geimpfte Mäuse tödteten. Nun wurden größere Schnitte auf dem Rücken des Vorderarmes gemacht, der geſchwollene Arm gespalten, am 3. Oktober das Handgelenk eröffnet, wo bereits Eiter sich befand, das Fieber fiel nicht ab, Patient delirirte, zeigte die übrigen Erſcheinungen ſchwer Fiebernder, die Zahl der im Blute kreisenden Organismen nahm zu; es wurde bereits an demselben Abend des Tages, wo die großen Einſchnitte gemacht waren, zur Amputation geſchritten. Das Resultat der nachher noch zweimal am Tage fortgesetzten Blutuntersuchungen war interessant. Anfangs waren noch recht viele Mikroorganismen im Blute; doch nahm die Zahl derselben immer mehr und mehr ab, und nach einigen

Tagen waren sie verschwunden. Die am 11. Oktober vorgenommene Impfung ergab ein negatives Resultat, während der Eiter der Wunde noch in Streptokokken aufging; [illegible] hörte auch das auf, die Wunde granulirte und ist gut g[illegible]. v. B. möchte darnach unbedingt für die Amputation [illegible] Phlegmone in dem erwähnten Zeitpunkt eintreten.

Ueber die Behandlung der Fingerverletzungen mit besonderer Berücksichtigung der späteren Erwerbsfähigkeit. Von Dr. H. Georgii (Rottenburg a. N.) (Münch. med. Wochenschrift, 1901, No. 41.). Bei der Behandlung der Fingerverletzungen kommt es weniger darauf an, möglichst viel von dem verletzten Glied zu erhalten, als ein möglichst gutes functionelles Resultat zu erzielen. G. macht darauf aufmerksam, daß, wenn man bei schwer verletzten Fingern mit zerfetzter Haut und frei liegendem Knochen durchaus den ganzen Knochen erhalten will, man bei der Heilung in functioneller Hinsicht wenig brauchbare Resultate bekommt, es bildet sich dann, worauf Ledderhose zuerst mit Nachdruck hingewiesen hat, die sogenannte „Glanzhaut nach Fingerverletzungen". Die conservative Methode hat vornehmlich folgende Mängel: Die prima intentio ist ausgeschlossen und deswegen die Gefahr lang dauernder Entzündungen und Eiterungen groß, diese führen zu Gelenksteifigkeiten, adhärenten, bei jeder Berührung sehr schmerzhaften Knochennarben an den Fingerstümpfen und im weiteren Verlauf zur Ausbildung der Glanzhaut. Sie ist die Folge chronischer Circulationsstörungen, die während des langsamen Heilverlaufs sich entwickeln. Die Glanzhaut ist ganz besonders an den Fingerspitzen ausgeprägt, zeigt eine glatte und glänzende Beschaffenheit, eine rosa- bis blaurothe Farbe, sie ist derb und gespannt und auffallend empfindlich gegen Abkühlung, Lädirungen aller Art; zugleich leidet die Beweglichkeit der Finger. Dieser Zustand kann jahrelang dauern und bildet eine schwere Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit. Um diese schlimmen Folgen zu vermeiden, muß man von vornherein dafür sorgen, daß der freiliegende Knochen resp. Knochenstumpf mit reichlicher normaler Haut unter Vermeidung jeder Spannung bedeckt wird; zu diesem Zweck muß von dem freiliegenden Knochen ein entsprechendes Stück entfernt werden. Im Einzelnen muß man sich nach den Besonderheiten des Falles richten. Bezüglich der Verletzungen des Endgliedes kommt es darauf an, ob nur die Fingerkuppe ohne Knochenverletzung fehlt oder ob der Knochen selbst quer durchtrennt ist; im ersteren Falle ist das Zuwarten das Richtige, weil hier die Ueberhäutung ohne Zug und Spannung von allen Seiten rasch und gleichmäßig erfolgt und secundäre

Infectionen unter geeigneter Behandlung sich viel leichter fern halten lassen als bei größeren Hautdefecten mit offenen Knochenwunden. Im letzteren Fall wird man meistentheils die primäre active Therapie wählen. Verfährt man nach diesen Grundsätzen, so kommt es nie zur Ausbildung der Glanzhaut mit ihren Folgen. In technischer Hinsicht empfiehlt G. bei den hier vorkommenden Resectionen und Exarticulationen an den Mittel- und Endgliedern der Finger einen größeren volaren und einen kleineren dorsalen Lappen zu bilden, nicht wie sonst üblich, nur einen volaren Lappen, weil dann die Narbe ganz außerhalb des Bezirks des Knochenendes kommt und keine Adhärenz zu befürchten ist. Die erforderlichen Eingriffe lassen sich unter Localanästhesie nach Schleich oder Oberst schmerzlos ausführen.

Das Malum coxae senile als Berufskrankheit und in seinen Beziehungen zur socialen Gesetzgebung (Unfall- und Invaliditätsversicherungsgesetz), von Dr. W. Stempel. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 264.) S. ist als Vertrauensarzt der Alters- und Invaliditätsversicherungsanstalt für die Provinz Schlesien binnen weniger Jahre 58mal in der Lage gewesen, bei Untersuchung von Rentenkandidaten das Malum coxae senile zu diagnosticiren und mit nur einer 2maligen Ausnahme den Pat. die Rente zuzubilligen. Dabei war von den voruntersuchenden praktischen Aerzten die richtige Diagnose (4 Fälle ausgenommen) verfehlt, und zeigte sich ferner die auffallende Thatsache, daß von den Untersuchten mindestens 49 dem Stande der landwirthschaftlichen Berufsarbeiter angehörten. Die aus diesen Daten erhellende hohe praktische Wichtigkeit des Leidens hat S. zu einer eingehenden Arbeit über dasselbe veranlaßt.

Nach einer Umschau in der Litteratur der Krankheit, über welche seit längerer Zeit wenig veröffentlicht ist, theilt er seine Journalnotizen über die eigenen sorgfältig untersuchten und gebuchten Fälle mit, um dann in die allgemeine klinische Besprechung einzugehen. Die Bevorzugung der ländlichen Arbeiter durch die Krankheit ist durch die schwere Arbeit bei allen Wetterunbilden zu erklären, die gerade diese Arbeiterklasse schon von früher Kindheit an bei oft mangelhafter socialer und hygienischer Subsistenz zu leisten hat. Doch verfügt S. auch über Fälle, in denen längere oder kürzere Zeit nach einem einmaligen schweren Unfall die Krankheit aufgetreten oder, wenn schon vorhanden, doch intensiv verschlimmert ist, was für die Unfallversicherung von Wichtigkeit. Der Beginn des Leidens fällt auf die Altersstufen der beginnenden senilen Involution, also vereinzelt auf Mitte bezw. Ende der vierziger, gewöhn-

lich auf die 50iger und 60iger Jahre. In S.'s Material sind 56,9% Männer und 43% Weiber vertreten. Eigene anatomische Untersuchungen stehen S. nicht zur Verfügung, doch hält er für sicher, daß zunächst die Gelenkknorpel des Oberschenkelkopfes und der Pfanne an den Stellen des stärksten Druckes erkranken, auffassern, sich zerklüften und zerstört werden. Es folgt Wucherung und Verdickung des Knochens und der periartikulären Weichtheile, eine Art narbiger Schrumpfung der Kapsel und der fibrösen Verstärkungsbänder, die zu mehr oder weniger starker, aber dauernder Gelenksteifigkeit führt. Dazu gesellt sich Knochenabschliff der knorpelentblößten Gelenkenden, doch nie in dem Grade wie bei Arthritis deformans. Klinisch ist vor Allem die anhaltende, fallweise verschiedengradige Schmerzhaftigkeit des Gelenkes, so wie auch des Kreuzes, des Gesäßes, auch des Oberschenkels zu erwähnen, bei deren Besprechung S. auf die Anatomie der Hüftgelenksnervenversorgung etwas näher eingeht. Sie bedingt große Schwäche, Unbeholfenheit und Schwerfälligkeit der Extremität, steigert sich durch Bewegungen wie auch durch Witterungswechsel, namentlich Abkühlung. Objektiv findet man, der Weichtheilschwellung entsprechend, eine Hervorwölbung der Weichtheile um das Gelenk, knochenharte Auftreibungen der Gelenkenden, die druckempfindlich sind. Der große Trochanter wird deutlich verdickt gefunden, und hat der krankhafte Vorgang des Knochenabschliffes größere Grade erreicht, so rückt er, eine reelle Beinverkürzung beweisend, bis zu 4 cm über die Roser-Nélaton'sche Linie hinauf. Bei Prüfung der Beweglichkeit, die besonders exakt und thunlichst am völlig entkleideten Pat. vorzunehmen ist, findet sich am frühesten eine Einschränkung der Rotation, sehr bald dann der Beugung, so wie auch Ab- und Adduktion, ferner Schmerzhaftigkeit der Bewegungen. Die nothleidende Hüftbeweglichkeit führt frühzeitig zur Mitbewegung des Beckens bei jenen Bewegungen, wozu sich Beugekontrakturen nebst Beckensenkung und sekundärer Lendenlordose gesellen. Der Gang wird höchst unbeholfen, bei beiderseitiger Affektion manchmal ähnlich demjenigen bei „spastischer Spinalparalyse", die Körperhaltung steif und oft auf die gesunde, aber auch auf die kranke Seite schief geneigt. Eine spätere Folge ist Muskelatrophie der Beine, besonders der Oberschenkel. In 26% von S.'s Fällen befiel die Krankheit beide Beine, doch niemals zu gleicher Zeit. Da gleichzeitig andere Gelenke nur ausnahmsweise befallen waren, sieht S. das Leiden als ein eigenartiges der Hüfte an, daß sich von der Arthritis deformans insbesondere dadurch unterscheidet, daß letztere durch Kapselausweitungen zum Schlottergelenk führt, während das Malum senile zur Gelenkverödung neigt. Mit der

Arthritis deformans wurde die Krankheit von S.'s Vorunter-suchern häufig verwechselt, häufig (17mal) wurde auch Ischias fälschlich diagnosticirt, ebenso wie Rheumatismus etc. Die Prognose ist quoad vitam gut, quoad sanationem absolut ungünstig, da die einmal begonnene Krankheit unaufhaltsam fortschreitet, wenn auch in nicht immer gleicher, manchmal sehr geringer Schnelligkeit. Demgemäß kann auch die Therapie nur Palliatives leisten, während die Invalidisirung im Allgemeinen schon frühzeitig zu erfolgen hat, um Verschlimmerungen durch Anstrengungen bei der Arbeit hintanzuhalten. Seltener als seitens der Alters- und Invalidenversicherung wird seitens der Unfallversicherung ein Entschädigungsanspruch der Erkrankten vorfallen, doch unter Umständen mit Fug und Recht anzuerkennen sein.

(Centralblatt für Chirurgie.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Beitrag zur Therapie verschleppter Querlagen. Von Dr. W. Latzko. (Wiener med. Wochenschr. 1901, No. 27.) Ueber die Behandlung der verschleppten Querlagen sind die meisten Geburtshelfer einer Meinung, wenn der Hals leicht erreichbar ist; dann wird allgemein die Decapitation ausgeführt. Anders verhält sich die Sache, wenn das Erreichen des Halses Schwierigkeiten bereitet. Das kann gelegentlich vorkommen bei hochstehender Schulter und ist ganz regelmäßig der Fall bei tiefstehender, wenn der vorliegende Kindestheil tief in den Beckenkanal eingepreßt, der Mechanismus der Selbstentwicklung schon eingeleitet ist, und wenn die drohende Uterusruptur jede ausgiebigere Bewegung der eingeführten Hand verbietet. Ein Theil dieser Fälle gestattet eben noch die Ausführung der Decapitation, wobei allerdings der Gebärenden ein bedeutendes Risico aufgeladen wird und zwar nicht durch die Anwendung eines bestimmten Instrumentes, sondern durch die unausweichliche Inhaltsvermehrung des verdünnten, vielleicht schon zum Platzen bereiten, unteren Uterinsegmentes um das Volumen der eingeführten Hand. Die übrig bleibenden Fälle erheischen unter allen Umständen ein anderes Operationsverfahren. Und hier gehen die Wege der verschiedenen Operateure weit auseinander. L. hat sich nun in Fällen von verschleppter Querlage wiederholt eines Verfahrens bedient, das sehr brauchbar zu sein scheint; dasselbe unterscheidet sich prinzipiell von den gebräuchlichen Methoden. Er gebraucht als Instrumente einige Kugelzangen

oder Muzeux, eine Kornzange und eine kräftige, gerade Episiotomiescheere. Mit zwei nebeneinander eingesetzten Zangen wird der Thorax an der im Orificium sich präsentirenden Stelle gefaßt. Stört der Arm — jetzt oder im weiteren Verlaufe der Operation — so wird er ohne Weiteres im Schultergelenk abgetragen. Als Handhabe wird er absolut nicht benöthigt. Zwischen den Zangen wird der Thorax in einem Intercostalraum mit der Scheere eröffnet, worauf die Zangen beiderseits die Thoraxränder in ihrer ganzen Dicke fassen. Nach entsprechender Erweiterung des Schnittes werden Lunge und Herz mittels einiger drehender Bewegungen der Kornzange entfernt, was in zwei Minuten geschehen ist. Man läßt jetzt die Kugelzangen von einer assistirenden Person nach abwärts- und auseinanderziehen, faßt die klaffenden Wundränder an ihrem der Wirbelsäule zunächst liegenden Ende mit weiteren Sperrzangen und verlängert die Incision im Thorax gegen die Wirbelsäule zu. Mit Hilfe immer weiter kletternder Zangen gelingt es sehr leicht, die Wirbelsäule herabzuziehen und mit der Scheere zu durchschneiden. Ist das einmal geschehen, so senkt sich der hohle, zum Theil schon transversal durchtrennte Kindeskörper bei mäßigem Zuge so weit, daß alle weiteren Manipulationen innerhalb der Scheide vor sich gehen. Unter fortwährender Benutzung der Klettermethode wird auch die Brustseite des Thorax durchschnitten. Zum Schlusse ladet man die übrig bleibende Brücke auf den Zeigefinger und vollendet die Zweitheilung. Die untere Körperhälfte wird nun reponirt; sodann zuerst die obere und nachher die reponirte untere mit Hakenzangen extrahirt. Die Deckung der innerhalb des Geburtsschlauches arbeitenden Instrumente bietet keine besonderen Schwierigkeiten. Die Anbringung der Hakenzangen erfordert wohl keine specielle Geschicklichkeit oder Uebung, und die Ueberwachung des äußeren Scheerenblattes gegen die mütterlichen Weichtheile verlangt nicht mehr Sachkenntniß, als jedem Arzte zugemuthet werden muß, der sich intensiver mit Geburtshilfe befaßt. Die Dauer der ganzen Operation betrug in L.'s Fällen 20—30 Minuten.

Die Vorzüge dieses Verfahrens sind mannigfache. Vor allem kann man in jedem Falle von verschleppter Querlage in der vorher geschilderten Art und Weise vorgehen, ohne an das Bestehen bestimmter Bedingungen gebunden zu sein. Die transversale totale Spaltung des fötalen Thorax kann also sowohl bei hohem als bei tiefem Stande der Schulter Anwendung finden. Dann erfordert das Verfahren nicht die Einführung der Hand in die ohnehin überdehnte Cervix, sondern beseitigt im Gegentheile sofort die bestehende Gefahr der Uterusruptur durch die vorausgeschickte Volumverringe-

rung des Kindeskörpers — in analoger Weise wie dies die Eröffnung und Enthirnung des Schädels bei der Craniotomie bewirkt. Ferner sind, was bei drohender Gebärmutterzerreißung wohl in Betracht kommt, die dem Fötus innerhalb der Geburtswege mitgetheilten Bewegungen viel geringer als bei der Extraction nach dem Mechanismus der Selbstwendung. Endlich entfallen alle Schwierigkeiten, die sonst bei Entfernung des zurückbleibenden Kopfes entstehen können. Als weiterer Vortheil wäre noch der Umstand anzusehen, daß die Narkose der erschöpften Kranken hier vollkommen entbehrlich erschien.

Zur medicamentösen Beeinflussung der Bauchpresse unter der Geburt; von Dr. Westphalen. Wenn man zu einer in der Austreibungsperiode verzögerten Geburt zur Hülfe gerufen wird, findet man sehr oft zunächst keine andere Indication zu eventuellem ärztlichen Handeln, als eine mangelhafte Beschaffenheit der austreibenden Kräfte. Man spricht da nun oft von Wehenschwäche, wo der Mangel keineswegs an den Uteruscontractionen, sondern lediglich an der Bauchpresse liegt, indem diese mangelhaft oder gar nicht in Function tritt, während die Uteruscontractionen in normalen Zwischenräumen auftreten und mit der Zeit immer schmerzhafter und krampfartiger werden.

Die Ursache ist ja meist einfach die, daß der bei der Wehe nach Eröffnung des Muttermundes auftretende Drang zum Mitpressen von der Kreissenden, wenn auch meist unbewußt, unterdrückt wird, wegen der Schmerzhaftigkeit und weil sie von der Erfolglosigkeit überzeugt ist. Vorausgegangen ist meist unzweckmässiges Verhalten in der Eröffnungsperiode, besonders in Bezug auf Wehenökonomie, oft auch Erschwerung der Geburt durch vorzeitigen Wasserabgang.

Von ärztlichen Maßnahmen kommt hier außer rein mechanischen Anordnungen, wie zweckmäßiger Lagerung oder der Einrichtung des Gebärstuhls, zunächst medicamentöse Beeinflussung in Frage.

Da es sich um Wehenschwäche nicht handelt, sind die eigentlichen Wehenmittel, die Secalepräparate, hier nicht am Platze.

Arzeneien, welche im Allgemeinen tonisirend wirken sollen, wie Chinin, Extract der Colanuss, auch Antipyrin u. a. m., die unter ähnlichen Verhältnissen öfters gerühmt waren, greifen auch nicht an rechter Stelle ein.

Das Rationellste ist es jedenfalls, die Schmerzhaftigkeit des Gebäracts herabzusetzen, damit die natürlichen Kräfte, möglichst ungehindert durch reflexhemmende sensible Ein-

flüsse, so gut wie möglich sich entfalten können. Von größter Wichtigkeit ist dabei, daß das schmerzlindernde Mittel auf die Gebärthätigkeit selbst keinen schädlichen Einfluß ausübt.

Es sind nun in der Kieler Frauenklinik in einigen Serien höchst mühsamer Untersuchungen mittelst directer Messung des Wehendrucks erst von Dönhoff, dann von Hensen jr. verschiedene Narcotica in ihrem Einfluß auf Uterus und Bauchpresse studirt worden.

Dabei ergab sich, daß Chloroform schwächend auf die Uteruscontractionen einwirkt, ebenso Chloral.

Damit steht ja auch im Einklang die große Häufigkeit der Blutungen nach Entbindungen in Narcose. Chloroform ist also nicht zu empfehlen, wo es sich nur um die Betäubung des Geburtsschmerzes handelt. Der Aether ist weniger nachhaltig in seiner Wirkung auf den Uterus; da er aber die Bauchpresse völlig lahm legt, ist er für unsere Zwecke nicht zu gebrauchen.

Das Morphin ist nach Hensen's Versuchen in Dosen bis zu 2 cg ohne schädigenden Einfluß auf Wehen und Bauchpresse.

In der Praxis aber fand sich die Wirkung der gleichen Dosis unter gleichen Verhältnissen bei verschiedenen Personen sehr verschieden. Das eine Mal vorzüglich schnellen Fortschritt der Geburt bei absoluter Schmerzlosigkeit, ein ander Mal gar keine wahrnehmbare Aenderung, und oft größere oder kleinere Schlummerpausen, nach denen die Sache ebenso liegt, wie vorher. Eine gewiße Herabsetzung der motorischer Energie tritt doch wohl öfter ein, als man nach H.'s Untersuchungen vermuthen sollte. Häufig wird man auch des Kindes wegen Bedenken tragen, wirksame Morphindosen zu verabreichen, besonders wenn längere Zeit nach dem Fruchtwasserabgang verstrichen ist.

Wider Erwarten günstig fielen nun Versuche aus, die W. in den letzten 2 Jahren, soweit die Praxis es gestattet, mit dem Cocaïn. hydrochloric. anstellte. Er benutzte es in ca. 25 Fällen, wo bei verstrichenem oder nahezu verstrichenem Muttermund die Bauchpresse fehlte, oder sehr mangelhaft war, um die Schmerzen im Beckenboden zu lindern, und zwar gewöhnlich in Suppositorienform (0,03, event. nach $1^1/_2$ Stunden noch einmal).

A priori könnte man glauben, der mangelhafte Drang würde durch Cocaïn ganz unterdrückt werden; das ist aber nie der Fall. Bei richtiger Indicationsstellung war jedes Mal nach 5—10 Minuten ein deutlicher Erfolg an der Beschaffenheit der austreibenden Kräfte bemerkbar, der oft einen unverhofft raschen Geburtsverlauf bewirkte. Eine

anästhesirende Wirkung wurde allerdings von den Gebärenden selbst nie zugegeben, wohl in Folge des stark auftretenden Dranggefühls. Wenn aber sog. „Krampfwehen" vorhanden waren, so hörten dieselben mit einem Schlage auf.

Vergiftungserscheinungen beobachtete er nie; solche treten wohl hauptsächlich nach subcutaner Injection auf. Von Allgemein- resp. Fernwirkungen sah er dreimal plötzliches Aufhören heftigen reflectorischen Erbrechens.

Stellt sich aber im weiteren Verlaufe heraus, daß die austreibenden Kräfte den Weichtheilwiderstand doch nicht zu überwinden vermögen, so hat man durch das Cocaïn weder der Mutter noch dem Kinde geschadet.

W. möchte auf Grund seiner Erfahrungen die rectale Anwendung des Cocaïn in der Austreibungsperiode an Stelle der central wirkenden Narcotica empfehlen, wo es sich darum handelt, die vorhandenen Kräfte durch Ausschaltung hemmender sensibler Einflüsse möglichst zur Entfaltung zu bringen.

(Mitth. f. d. Verein Schleswig-Holst. Aerzte.)

Verschiedenes.

Die Technik der Blasenspülung erörtert Fuchs („Deutsche Praxis", 1901, No. 12). F. verwirft die Füllung der Blase mit Hilfe des Irrigators bis zu dem Grade der Spannung, der vom Kranken gerade noch ertragen wird, als unzweckmäßig, weil die entzündete Blasenschleimhaut nur eine geringe Spannung verträgt und auf jede übermäßige Ausdehnung durch Zunahme der Entzündungserscheinungen reagirt. F. empfiehlt folgendes Verfahren: Zur Blasenspülung benutzt man eine mindestens 160 Ccm. fassende, leicht gehende Spritze (Guyon) und einen (französischen) Katheter. Sobald dieser den Widerstand des Sphincter überwunden hat, beginne man mit der Einspritzung, damit eine Berührung der Katheterspitze mit der Blasenschleimhaut vermieden werde. Man spritze nur 20—40 Ccm. ein, um, falls die Blase nicht vollständig entleert war, keine übermäßige Spannung zu erzeugen, und wiederhole die Einspritzung vor vollständigem Abfluß der vorher eingeführten Spülflüssigkeit, um die nach vollkommener Blasenentleerung entstehenden schmerzhaften Contractionen zu vermeiden. Gleichzeitig erreicht man dadurch eine Strudelbildung, die die mechanische Wirkung der Spülung unterstützt. Dies wird so lange fortgesetzt, bis die Spülflüssigkeit klar abfließt, was trotz der kleinen, jedesmal verwendeten Flüssigkeitsmenge überraschend schnell geschieht. Als Spülflüssigkeit empfiehlt F. 3%ige Borsäure- oder 1‰ Argentum nitricum-Lösung, eventuell nach vorheriger

Reinigung mit Borsäurespülung Einspritzung kleinerer Mengen der adstringirenden Silberlösung. Die letzte Einspritzung kann man in der Blase zurücklassen; bei empfindlichen Kranken empfiehlt es sich jedoch, wenn Silberlösung zur Verwendung kommt, diese abfließen zu lassen und Borsäurelösung in der Blase zu belassen.

Ueber eine neue Operationsmethode der Phimose. (Deutsche med. Wochenschrift 1901, No. 9.) Die kosmetisch schlechten Erfolge der Phimosenoperationen führten Dr. Laaf auf ein neues Verfahren, das den Vorzug hat, unblutig und ungefährlich zu sein, und das außerdem den angeborenen Fehler ohne Narbenentstellung beseitigt. Zu diesem Zwecke wird zunächst eine Dilatation der Vorhaut vorgenommen, die bei Neugeborenen sehr leicht ausführbar ist, bei etwas größeren Kindern einige seichte Einschnitte mit der Scheere erfordert. Die Erweiterung geschieht mit Hilfe einer Pincette, deren Spitze so weit wie möglich in die Oeffnung der Vorhaut gestoßen wird und deren Branchen alsdann allmählich gespreizt werden, bis es gelingt, die Vorhaut über die Eichel zurückzuschieben. Man läßt nun die mit Borsalbe gehörig eingefettete Eichel und Vorhaut einige Stunden in dieser Paraphimosestellung. Nach dieser Zeit folgt die Reposition der Paraphimose in üblicher Weise, und die Eltern müssen täglich mehrmals die kleine Manipulation des Vorwärts- und Rückwärtsschiebens der Vorhaut vornehmen, um dauernde Heilung zu erzielen. L. hat dieses Verfahren seit Jahren mit Erfolg geübt.

Als **Gegenmittel bei Carbolsäure-Aetzungen und -Vergiftungen** empfiehlt Pirkner („Deutsche Praxis", 1901, No. 13) die Anwendung von absolutem Alkohol mit der Schlundsonde, bezw. äußerlich. Er hatte zwar in einem von ihm derart behandelten Falle keinen Erfolg, vermuthlich, weil zwischen der Vergiftung und der Einflößung des Alkohols zu lange Zeit verstrichen war, vielleicht auch, weil die Ausspülung des Magens unterblieb und daher die Alkoho'gabe von 100 gr bei dem 3½jährigen Kinde toxisch wirkte. Die specifische Wirkung des Alkohols, die gegen die Aetzwirkung der Carbolsäure gerichtet ist, hat P. an sich selbst erprobt, indem er einen Theelöffel voll 25%iger Carbolsäure in den Mund nahm und 30 Secunden im Munde behielt. Das dadurch verursachte Brennen wurde durch Ausspülung mit 80%igem Alkohol sofort beseitigt. Ebenso prompt wirkte der Alkohol bei Aetzung der Haut (absichtlich herbeigeführt) mit reiner Carbolsäure.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro 12. IXL. Jahrgang 25. Dezember 1901.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse C 130 zu richten.

Inhalt:

Ein Fall von Morbus maculosus durch Gelatine-Behandlung geheilt; Originalmittheilung von Dr. Kienninger in Illereichen. — Eine Methode Ricinusöl und andere schlecht schmeckende Substanzen bequem einzunehmen. Die Mikroscopie des praktischen Arztes. — Die Arzneibehandlung der Neurasthenie. Ueber Simulation von Nervensymptomen. Eine neue Behandlungsmethode des Carcinoms. — Ueber die Entstehung von Tumoren nach Einwirkung stumpfer Gewalt. — Die Entwicklung und Perforation des nachfolgenden Kopfes. Ueber das Puerperalfieber. Zur Behandlung der Kinderconvulsionen. — Ein Plattfuß-Symptom. Ueber das Purgatin

Ein Fall von Morbus maculosus durch Gelatine-Behandlung geheilt.

Original-Artikel von Dr. Kienninger in Illereichen.

Patientin, 56 Jahre alt, trat am 10. Oktober 1901 in meine Behandlung; dieselbe war stets gesund, lebte in günstigen Verhältnissen. Seit einigen Tagen stellten sich bei ihr ausgesprochene und bedrohliche Erscheinungen der echten Blutfleckenkrankheit ein. Blutungen aus Nase, Mund und Nieren; der ganze Körper übersät mit röthlich braunen bis schwarzen Flecken; einige Körperstellen, wie die Stirne, die Oberschenkel mit großen, bläulich durchschimmernden Flächen bedeckt.

Da ich im Jahre 1898 bereits zwei Patienten im Alter von 24 und 26 Jahren an dieser tückischen Krankheit verloren hatte, setzte ich nun meine Hoffnung auf die Gelatine-Behandlung, die von vielen Seiten mit gutem Erfolg bei Blutungen angewandt wurde. Ich sollte nicht nur nicht enttäuscht, sondern auf das angenehmste überrascht werden.

Zuerst verordnete ich: Gelatina 10,0, Aqu. dest. 150,0, zweistündlich einen Eßlöffel (in warmes Wasser gestellt). In der Frühe des anderen Tages injicirte ich in den rechten Oberschenkel 80,0 einer 2% Gelatinelösung (Gelatin. 2,0, Aqu. dest. 100,0 Natri chlorati 0,10).

Nachmittags trat Schüttelfrost und Fieber ein; in der folgenden Nacht hörten die Blutungen auf. Die Kranke er-

holte sich trotz ihrer sehr grossen Anämie und Mattigkeit schnell und konnte ihre gewohnte Beschäftigung alsbald wieder aufnehmen.

Vielleicht ermuntert dieser günstig verlaufene Fall zu weiteren Versuchen mit der Gelatine bei lebensgefährlichen Blutungen.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Eine Methode, Ricinusöl und andere schlecht schmeckende Substanzen bequem einzunehmen. Von Dr. Siegfried Rosenberg. (Therap. Monatshefte Nov 01.) Wenn man von schlecht schmeckenden Substanzen spricht, so muß man einen Unterschied machen zwischen dem, was im physiologischen Sinne und dem, was vulgär als Geschmack bezeichnet wird.

Der Physiologe versteht unter Geschmack nur die durch specifische Erregung der Geschmacksnerven (glossopharyngeus und vielleicht auch einiger Fasern des lingualis) ausgelösten Wahrnehmungen, wie die des Süßen, Sauren, Bittern und Salzigen. Im vulgären Sinne dagegen pflegt man die allerverschiedenartigsten in der Mundhöhle, auf Zunge und Lippen ausgelösten Empfindungen als Geschmacksempfindungen zu bezeichnen. So spricht man z. B. von einem sandigen Geschmack bei Substanzen, die einen rein tactilen Reiz ausüben. Noch viel häufiger bezeichnet man Dinge als schmeckend, die wir lediglich durch eine Erregung des Olfactorius wahrnehmen, die also gar nicht Geschmacks-, sondern thatsächlich Geruchswahrnehmungen sind.

Diese letzteren lassen sich außerordentlich leicht recognosciren. Denn eine Geruchswahrnehmung kann man nur dann machen, wenn ein Luftstrom über die Regio olfactoria hinstreicht. Gelingt es also, eine Sinneswahrnehmung durch bloßes Anhalten des Athems oder Zuhalten der Nase zum Verschwinden zu bringen, so kann es sich nur um eine Geruchsempfindung gehandelt haben.

Kaut man z. B. unter gewöhnlichen Bedingungen ein Stück Vanillechocolade, so nimmt man dreierlei wahr: den süßen Geschmack des der Chocolade zugesetzten Zuckers und die Aromen der Vanille und des Cacaos. Hält man beim Kauen plötzlich die Nase fest zu — so fest, daß keine Spur von Luft durch dieselbe mehr hindurchtreten kann — so sind mit einem Schlage die Aromen der Vanille und des Cacaos für unsere Wahrnehmung ausgelöscht, und wir schmecken nur noch die Süßigkeit des Zuckers. Bei jenen handelte es sich also um Geruchswahrnehmungen.

R. hat nun Ricinusöl in dieser Anwendungsform in vielen Dutzenden von Fällen verordnet, und fast durchweg sprachen die Patienten ihr Erstaunen und ihre Befriedigung darüber aus, wie doch auf eine so einfache Weise die sonst mit der Oeleinnahme verbundenen Unannehmlichkeiten beseitigt seien.

Als dann später die löslichen Milcheiweißpräparate auf den Markt gebracht wurden, da handelte es sich wieder darum, deren recht unangenehmen Eigengeschmack bei der Anwendung in der Praxis zu verdecken. Zwar versichern die Fabrikanten dieser Präparate in ihren Prospecten fast durchgängig deren Geruch- und Geschmacklosigkeit; allein schon jeder Gesunde, dessen Sinne nicht gerade abgestumpft sind (was durch Tabak- und Alkoholgenuß leicht bewirkt wird), kann sich sehr schnell vom Gegentheil überzeugen; und Kranke sind doch sicherlich oft noch viel empfindlicher und penibler, als Gesunde.

Setzt man nun, wie die Fabrikanten das vorschlagen, die Präparate zu Milch, Kaffee, Cacao, Wein, Bratensaucen etc., so verschlechtert man lediglich deren Geschmack durch den Eigengeschmack des Mittels, der auf diese Art nicht im Geringsten verändert oder verdeckt wird.

R. kam nun auch zu der Ueberzeugung, daß es gar nicht schmeckende, sondern riechende Substanzen sind, die wir bei den genannten Präparaten als Unannehmlichkeiten empfinden. Und der Versuch gab recht. Eine mit etwas Salz versetzte Nutroselösung bei fest zugehaltener Nase hinuntergetrunken, schmeckte nur salzig, und der Eigengeschmack des Präparates machte sich blos beim Freigeben der Nase für einen Augenblick bemerkbar, wenn nicht vorher die im Munde noch haftenden Reste der Lösung durch einen Schluck Wasser hinuntergespült wurden.

R. hat daher auch die löslichen Milcheiweißpräparate (Nutrose, Plasmon) vielfach in dieser Form da verordnet, wo sie sonst zurückgewiesen wurden. Und wenn er auch öfter die Bemerkung hörte, daß das Hinuntertrinken größerer Flüssigkeitsmengen bei zugehaltener Nase recht lästig sei, so haben sich im Allgemeinen die Patienten doch mit dieser Unbequemlichkeit lieber abgefunden, als mit dem Eigengeschmack der Präparate.

Betonen möchte R. nur noch einmal, daß es sich hier lediglich um die Ausschaltung von Geruchswahrnehmungen handelt, die fälschlich für Geschmacksempfindungen gehalten werden, und ferner, daß es sehr wesentlich ist, die Nase ganz fest zu schließen und nach dem Trinken alle Reste durch Abwischen der Lippen bezw. Hinunterspülen der noch im Munde befindlichen Spuren zu entfernen, da andernfalls Mißerfolge mit absoluter Nothwendigkeit eintreten müssen.

Die Mikroskopie des praktischen Arztes. Von Dr. Bunno Schürmayer, Hannover. (Deutsche Praxis.)

Unter den Hilfswerkzeugen des Arztes hat sich schon früh das Mikroskop eingebürgert. Wir verdanken ihm eine Reihe wichtiger Aufschlüsse über Vorgänge im Organismus, die sich sonst der Wahrnehmung entziehen.

Auch hier tritt an den Arzt die Frage heran, inwieweit es ihm möglich ist, dieses Hilfsmittel zwar nicht zu vernachlässigen, aber die so knappe Zeit nicht mit Spielereien zu vergeuden.

Die nöthigen Vorkenntnisse holt sich in Bezug auf Technik fast jeder Student auf der Universität. Leider nehmen diese Kurse aber zu viele Zeit in Anspruch, und da dieselben häufig von jungen Assistenten gehalten werden, so bekommt man zwar recht viel Kluges zu hören, aber wenig Praktisches zu sehen. Damit verlieren solche Kurse viel an der ihnen zugeschriebenen (praktischen) Bedeutung; wer dann noch mehr lernen will, der muß den „großen" Kursus belegen, was wieder Zeit und Geld kostet.

Mancher macht sich daher aus eigenem Antriebe daran, sich in der Technik auszubilden.

Für ihn, wie den älteren Praktiker dürften einige Winke nicht unpassend sein! — Zu großen Untersuchungen hat im allgemeinen der Arzt der Praxis keine Zeit; diese schickt er besser an Universitäts-Institute, oder an die vielen Institute für Diagnostik, die heute in so zahlreicher Menge vorhanden sind. Im übrigen wird der Arzt sich selbst zu helfen trachten bei:

1. Bakteriologischen Untersuchungen.

Neben anderen Punkten kommt hier in Frage die Tuberkulose, zunächst jene der Lunge.

Die Untersuchung der Sputa ist heute eine ganz allgemein eingeführte Technik. Für Tuberkulose hat jedoch nur der positive Bacillenbefund Bedeutung. Und zwar müssen mehrere Untersuchungen zu verschiedenen Zeiten vorgenommen werden. Das Fehlen der Koch'schen Bacillen aber bedeutet bei Vorhandensein klinischer Symptome nur, daß keine Kommunikation der Herde nach außen statthat. Unter den vielen Vorschriften zur Färbung der Tuberkelbacillen hat sich immer noch am besten erhalten:

Die Methode nach Koch-Günther.

1) Färbung während fünf Minuten in Karbol-Fuchsin, unter Erwärmen der Flüssigkeit bis zur Blasenbildung.

2) Entfärben der Deckgläser in 10proz. salpetersaurem Spiritus.

3) Abspülen in Wasser, zur Entfernung der Säure.
4) Flüchtiges Grundiren mit Methylenblau.
5) Abspülen in Wasser und Trocknen unter Löfchpapier. Trocknen hoch über der Spiritusflamme, Einlegen in Canada-Balsam.
6) Untersuchung unter dem Mikroskop, bei offenem Kondensor.

Die Tuberkelbacillen erfcheinen roth auf blauem Grund.

Auch in Granulationen kann man mitunter die Tuberkelbacillen nachweisen, selten jedoch, oder nie im Eiter, z. B. bei Coxitis.

Es finden sich mitunter neben Tuberkelbacillen auch andere Bacillen, so Pneumokokken. Sie werden im besondern Präparate mittelst der Gramm'fchen Färbung differenzirt.

Gramm'fche Färbung.

1) Färben mit wässeriger Gentiana-Violett-Lösung. (Anilinwasser-Gentiana ist unnöthig!)
2) Einlegen in Jod-Jodkali-Lösung (Lugol'fche Lösung.) Es entsteht eine Mißfarbe, indem sich Jodpararosalin bildet.
3) Einlegen in absoluten Alkohol, bis keine Farbe mehr abgeht, etwa 2–4 Minuten.
4) Abspülen in Wasser. Grundiren mit Braun oder Roth. Abspülen.

Einlegen und Untersuchungen wie oben.

Die Gramm'fche Färbung dient überhaupt dazu, die Bakterien in zwei Gruppen zu theilen.

Es werden nach Gramm entfärbt die Erreger des:
Typhus, der
Cholera,
Influenza,
Pneumobacillen (Friedländer),
Gonokokken etc.

Es behalten die Farbe die Erreger von:
Milzbrand,
Pneumonie, Pneumococcus (Fränkel),
Staphylokokken,
Streptokokken,
Tuberkulose-Erreger etc.

Nicht konstant verhalten sich die Diphtheriebacillen; die große Mehrzahl wird entfärbt, junge Exemplare aber, bezw. junge Kolonien, zeigen Färbung.

Man wird nach heutiger Sachlage auch die Diagnose der Diphtherie nicht nach dem Präparate stellen, vielmehr nach dem Ergebniß der Züchtung und hier sind wieder ganz genaue Methoden anzuwenden. Die von Behring und

seiner Schule verlangte Art der Diagnose ist in praxi unmöglich, ein Grund, weshalb das Durcheinander in Sachen der Serumtherapie immer größer wird. Heute injiziren die meisten Aerzte eben aus Gerathewohl, gleichviel, ob echte oder unechte Diphtherie vorliegt. Aber alles zieht zu Gunsten des Heilserums!

Während man in manchen Fällen aus der Anwesenheit eines Bacillus einen direkten Schluß ziehen kann, hat in anderen Fällen die mikroskopiſche Diagnose nur die Bedeutung einer Erweiterung der Möglichkeit, in die obwaltenden Verhältnisse etwas tiefer zu sehen.

Finden wir z. B. in einem Eiter Streptokokken, so müssen wir eine Prognose ernster stellen, als wenn nur Staphylokokken vorlägen. Denn erstere sprechen mehr für die Wahrſcheinlichkeit des Fortwanderns des Prozesses, letztere aber für ein Lokalbleiben.

Bei Pneumonie wiederum können wir sehen, ob eine einfache Erkrankung oder eine Komplikation oder Folge einer primären Krankheit eintrat.

Für ersteres spricht die Anwesenheit des Pneumococcus, für letzteres die Auffindung von z. B. Typhus-Erregern, Influenzabacillen oder anderer.

Die Influenza läßt sich überhaupt oft erst aus dem mikroskopiſchen Präparate feststellen. Ein Patient hat z. B. hartnäckigen Katarrh mit großer Mattigkeit; man streicht sich ein Präparat an, findet Bacillen, welche wie Influenza-Erreger aussehen, und der negative Ausfall der Gramm'ſchen Färbung giebt uns den näheren Anhalt.

Man färbt die Influenzabacillen übrigens am besten mit stark verdünnter Karbol-Fuchsinlösung; dem zur Abspülung verwendeten Wasser setzt man etwas Essigsäure zu, muß aber selbstredend hernach nochmals in Wasser auswaſchen.

Die Diagnose Gonorrhoe pflegt heute ſchlechtweg durch das Präparat Seitens der Spezialisten gestellt zu werden, wenn verdächtiger Ausfluß vorhanden ist. Im Allgemeinen ist dagegen nichts zu sagen, aber es kommen auch ähnliche Kokken vor, die mit Gonorrhoe nichts zu thun haben.

Den Erreger der Syphilis kennen wir zu wenig, als daß er in Betracht käme.

Auch der Erreger des Ulcus molle ist noch nicht so allgemein anerkannt, daß man mit dem Nachweise der angegebenen Infektions-Träger viel anfangen könnte. — Gonokokken werden mit Methylenblau tingirt und als Kontrolle die negative Gramm'ſche Färbung festgestellt.

So umfangreich also die bakteriologiſche Technik ist, so relativ wenig kann der Arzt von ihr selbst Nutzen ziehen, wenn er nicht andere Stellen zu Rathe zieht.

Sputum wird nach Koch entweder zwiſchen zwei Deck-

gläsern zerquetſcht, worauf man die Deckgläser von einander abzieht, oder man ſchneidet etwa fliegenkopfgroße Mengen aus dem Sputum, indem man mit der Pincette eine Flocke hochhebt. Diese wird auf ein zuvor gereinigtes Deckglas gebracht, mit Nadeln auseinandergezogen und an der Luft zum Trocknen liegen gelassen; nach dem Antrocknen fixirt man über der Flamme, indem man das Deckglas zwiſchen zwei Finger an den Kanten fasst, als ob man Karten abheben wollte, und eine Spanne hoch über der Flamme, die Schichtseite nach oben, hinfährt, in einem Tempo, als ob man Brod ſchneiden wollte.

Eiter, kleine Gewebstücke u. dergl. zerreibt man in etwas reinem Wasser auf dem Deckglas und läßt sie dann trocken werden.

Gefärbte Präparate werden bei offenem Kondensor betrachtet, ungefärbte aber bei mehr oder minder enger Blende.

Die für diese Untersuchungen nöthigen Mikroskope müssen nämlich einen lichtkonzentrirenden Kondensor unter dem Objekttiſche haben nebst Irisblende. Für erste Orientirung dient ein mittleres Objektiv mit nicht zu ſchwachem Okular, zur genauen Untersuchung aber die Oel-Immersion mit ſchwächerem Okular; man bedenke, daß das bildentwerfende Objektiv die Hauptsache ist, daß das Okular aber das einmal entstandene Bild nur noch vergrößert, also keine Einzelheiten mehr auflöst, vielmehr eher das Bild verſchlechtert. Apochromatiſche Objektive erlauben allerdings eine weitgehende Okularvergrößerung.

Die Herstellung und Färbung von Schnitten erfordert weitergehende Kenntnisse; wir können hierauf nicht eingehen.

Ein ganz neuer Zweig der Diagnose ist in der Agglutination und ähnlich genannten Erſcheinungen gegeben.

Wenn man einer Bakterienkultur Blutwasser zusetzt, dann sieht man, daß die Bakterien aufquellen und zu Grunde gehen.

Dies trifft aber für gewöhnlich nur für ſchwache Verdünnungen zu, z. B. 1 Theil Serum auf 10 Theile Wasser.

Andererseits findet man nach Ueberstehen einer Krankheit im Blutwasser viel stärkere wirkende Stoffe, und zwar wirkend auf die Bakterienart, welche die betreffende Krankheit erzeugt hat; es sind wirksame Verdünnungen genannt von 1 : 50 bis 70 und mehr.

Diese Stoffe entstehen meist ſchon in den ersten Tagen der Erkrankung und sind häufig noch nach Jahren nachzuweisen.

In zweifelhaften Fällen nun zieht man diese Erſcheinung zu diagnostiſchen Zwecken heran; man entnimmt eine ganz

kleine Menge Blut, wie etwa zu einer Blutuntersuchung, läßt das Serum sich abfchneiden, macht die Verdünnung, bringt kleine Mengen einer virulenten Kultur des betreffenden Krankheitserregers hinzu und betrachtet den Vorgang unter dem Mikroskop.

Für Typhus gilt diese „Serum-Reaktion", auch „Widal'fche Reaktion" genannt, als ebenbürtiges Diagnosticum, obwohl allerdings noch manche Punkte zu klären sind. Bei der großen Einfachheit des Verfahrens erfcheint die aufgestellte Forderung gerechtfertigt, der Arzt solle auch dieses Mittel heranziehen, aber man vergißt, daß nicht überall Kulturen zur Verfügung stehen, mit welchen die Probe gemacht werden kann!

Immerhin dürfte ein Hinweis auf diese Methode nicht überflüssig erfcheinen.

An die bakteriologifche Untersuchung fchließt sich an:

2. Untersuchung auf Parasiten.

Es kommt die mikroskopifche Untersuchung auf Endo- wie Ektoparasiten in Betracht. Hier färbt man zumeist nicht; wir haben aber andererseits im Bismarck-Braun der Bakteriologen ein Mittel, das uns andere Tinktionen erspart und für Würmer und dergleichen ausreicht.

3. Blut und Lymphe.

Wie die Untersuchung des Blutes überhaupt, so ist die mikroskopifche Blutuntersuchung von hohem diagnostifchen Werth. Wir kennen ja genau die Veränderungen, welche in Bezug auf relatives Mifchungsverhältniß, sowie in Bezug auf morphologifches Aussehen der Erythrocyten vorkommen. Die Lymphe wiederum hat ebenfalls ein als normal anzusehendes Strukturverhältniß, und die Färbungstechnik erlaubt es uns, ein Urtheil im einzelnen Falle zu fällen.

4. Punktionsflüssigkeit.

Aus der Pleurahöhle und anderen präformirten, wie spontan entstandenen Hohlräumen können wir mittelst der Punktion oder der Probepunktion flüssigen Inhalt entnehmen. Es handelt sich häufig darum, zu erfahren, welchen Charakter die darin enthaltenen Elemente haben oder welche Bakterien darin enthalten sind. Im ersteren Falle kommt wieder die Lymphe in Betracht, daneben u. a. Tumoren, Epithel, Endothel etc.

Die Quincke'fche Lumbalpunktion erlaubt es, auch das Innere des Duralraumes und der Ventrikel sogar eventuell zu kontrolliren.

5. Erbrochenes, Fäkalien etc.

Dasselbe gilt auch von dem Inhalte von Magen und Darm. Hier aber kommen auch mikromiſche Reaktionen in Betracht, um den Grad der Verarbeitung der Speisen festzustellen.

6. Tumoren und Granulationsgewebe.

Während die genauere Untersuchung von gehärteten Gewebsstücken nicht Sache des Arztes sein dürfte, so kann sich derselbe doch durch Probestücke bezw. mit dem Rasirmesser gemachten Probeſchnitten orientiren. Auch hier eignet sich sehr gut das Braun zur Färbung.

7. Urin, Blase und Niere.

Eines der fruchtbarsten Gebiete für die Mikroskopie ist die Untersuchung der Harnsedimente. Man kann aus dem Aussehen des Sedimentes die Diagnose einer Nierenerkankung differentialiter stellen, da die Art der Beimengungen nähere Anhaltspunkte gibt.

Auch ist das techniſche Verfahren ein höchst einfaches. Man bringt ein Quantum Harn in ein Spitzglas und giebt etwas Thymol hinzu. Nach 12—24 Stunden hat sich ein Sediment niedergeſchlagen, von dem man mit der Pincette etwas entnimmt und auf den Objektträger bringt. Man setzt das Deckglas ganz sachte auf, nimmt eventuell mittelst Läſchpapier am Rande die Flüssigkeit weg, damit das Deckglas fester aufsitzt. Nun untersucht man mit stärkerem Trockensystem oder mit Immersion und sucht nach Leukocyten, Lymphkörpern, Cylindern und Krystallen u. s. w. An den Cylindern achtet man auf ihre Struktur, ihren Belag, ihre Farbe u. s. w.

Man kann auch Farbstoffe an den Rand des Deckglases bringen und sie durchsaugen, worauf sich gewisse Elemente färben. Auch hier eignet sich ganz verdünntes Karbolfuchsin und Bismarckbraun, welche sehr zarte Bilder abgeben. Bei Eiweißgehalt gibt aber Karbol leicht Niederſchläge.

Sucht man nach Bakterien, dann ist das Sediment auf dem Deckglas zu fixiren, wobei das Trocknen nur langsam geht, auch darf die Schichte nur dünn sein, sonst ſchwimmt sie zu leicht ab. Die Färbung geht nach der angegebenen Weise vor sich. Will man die zarten Präparate aus Cylindern etc. konserviren, so dürfen sie niemals angetrocknet werden! Man gibt vielmehr von der in der botaniſchen Technik gebräuchlichen Glyceringelatine auf einen Objektträger, erwärmt leicht und setzt das Sediment mittelst Pipette zu; ehe die Masse noch fest wird, kommt das

Deckglas darauf und wird mittelst Nadel sachte angedrückt. So kann man die Präparate jahrelang aufbewahren, denn die Galatine wird ganz fest; will man dem Deckglas noch mehr Halt geben, dann macht man einen Streifen Asphaltlack an seinem Rande entlang, was aber nicht nöthig ist.

Nähere Angaben finden sich in folgenden Werkchen:

v. Kahlden, Technik der histologischen Untersuchung. Jena, Fischer.

M. Seiffert, Anleitung zur mikroskopischen Diagnostik Medizinische Bibliothek für praktische Aerzte. No. 7—12.

B. Schürmayer, Die bakteriologische Technik und die pathogenen Spaltpilze. Ebenda, No. 121—128 bezw. 129—135.

Derselbe, Die Harnuntersuchungen und ihre diagnostische Verwerthung. Wiesbaden, Bergmann.

II. Medicin.

Die Arzneibehandlung der Neurasthenie. Von Dr. O. Dornblüth. (Therap. Monatsh. 1900. No. 7.)

Die Arzneibehandlung der Neurasthenie, die in neuerer Zeit im Publikum und z. Th. auch bei Aerzten etwas in Mißkredit gekommen ist, kann, wie Dornblüth ausführt, bei zielbewußter Anwendung sehr oft die Erfolge der diätetischen, physikalischen und psychischen Behandlung wesentlich unterstützen. Bei den „neurastheniſchen Dysämien" hat Dornblüth die Krewel'schen Sanguinalpillen bewährt gefunden. Er giebt davon dreimal täglich 2 nach dem Essen, steigt nach einer Woche auf dreimal täglich drei, läßt diese Dosis drei Wochen lang nehmen und dann wieder auf dreimal täglich 2 Pillen heruntergeben, bis im Ganzen 300 Stück verbraucht sind. Bei erheblicher Schwäche und Schlaffheit läßt er jeder Pille 0,01 Chinin. hydrochlor, bei Appetitlosigkeit und Darmträgheit 0,05 Extract Rhei zusetzen. Als nächstbestes Mittel bezeichnet Dornblüth den Arsenik, den er in Pillen (Acid. arsenicos 0,1 zu 90 Pillen) verordnet, und zwar läßt er Anfangs dreimal täglich eine im Verlauf der Mahlzeiten nehmen; nach 8—10 Tagen nehmen die Patienten Morgens eine, Mittags und Abends je 2 Pillen oder dreimal täglich 2 Pillen, bleiben bei dieser Dosis 3—4 Wochen und gehen dann noch für etwa 10 Tage auf die Anfangsdosis zurück. Magenbeschwerden traten dabei nie ein. In einzelnen Fällen gab Dornblüth auch Natr. arsenicos subcutan. Fellow's Syrup of hypophosphites und Poehl's Spermin leisten ebenfalls gute Dienste. Eine Art

spezifiſcher Wirkung ſchreibt D. dem Codeïn zu, das er ſchon früher bei psychiſchen Depressionszuſtänden, bei leichterer Melancholie erprobt hat. Namentlich in den nicht seltenen Fällen, wo der überarbeitete Neurastheniſche angibt, von einer kaum überwindlichen Schläfrigkeit heimgesucht zu sein, die ihm die geistige Arbeit aufs Aeußerste erſchwere, hat Dornblüth von dieser Medikation gute und dauernde Erfolge gesehen. Er gibt zunächst dreimal täglich 0,01 Codeïn Knoll, nach 4—5 Tagen 5—6 mal dieselbe Dosis, geht dann meist in allmählicher Steigerung auf 5 mal täglich 0,02, bleibt dabei 4—6 Wochen, um dann ebenso allmählich wieder herabzugehen. Die Wirkung kleiner Bromgaben, etwa 3 mal täglich 0,5 in Lösung, ist viel unsicherer und unvollkommener und hält ferner nur so lange an, wie die Verabreichung dauert. Neben der Arzneibehandlung darf natürlich, wie Dornblüth nachdrücklichst betont, die Allgemeinbehandlung, die gesundheitsgemäße Regelung der ganzen Lebensweise, nicht vernachlässigt werden, und zwar hebt D. hier namentlich hervor, wie sehr die meisten Neurastheniſchen der Ruhe bedürfen, körperlich, geistig und im Gemüthsleben. Eine milde Hydrotherapie, Elektrizität, Glüh- und Bogenlichtbäder, Massage, die nach D.'s Ansicht, ebenso wie die psychiſche Behandlung am besten von einem Spezialisten und in einer Anstalt ausgeübt werden, vervollständigen den Kurplan. Die Schlaflosigkeit der Neurastheniker ist meist eine Folge der Erſchöpfung, und daher ist auch hier Ruhe das wichtigste Mittel. Der Kranke soll sich Abends nach 7 Uhr jeder körperlichen Thätigkeit enthalten und die Zeit am besten mit leichter Unterhaltung, harmloser Lektüre oder nicht aufregendem Spiel zubringen. Das Abendessen sei nicht zu reichlich, um den Magen nicht zu belästigen, aber auch nicht zu knapp, weil manche Patienten bei ungenügender Nahrungsaufnahme nach 1—2 Stunden erwachen. In diesen Fällen empfiehlt es sich auch, dem Kranken vor dem Einſchlafen, um halb 10 oder 10 Uhr, ein Gläschen Milch oder ein verrührtes Ei zu verabreichen. Schlecht Schlafende sollen im Allgemeinen 1 Stunde vor der ordnungsgemäßen Zeit des Einſchlafens zu Bett gehen. Gymnastik vor dem Schlafengehen empfiehlt sich nicht, Waſchungen nur mit mildem Wasser. Nach Eintritt der Schlafenszeit soll das Bett nicht wieder verlassen werden. Morgens soll nach einer Ganzwaſchung mit Wasser von 22 bis 24° C. zu bestimmter Stunde, am besten etwa um halb acht, das erste Frühstück genommen werden, einerlei wie die Nacht war. Der pünktliche Beginn des Tages ist eine unumstößliche Bedingung für die Heilung von Schlafstörungen. Als Mittel zur Förderung des Einſchlafens empfiehlt Dornblüth: Ein-

stellen der Füße und der unteren Hälfte der Unterschenkel in Wasser von 40° C. für 5 Minuten mit nachfolgendem Abspülen mit Wasser von 25° C. und sanftem Trockenreiben, Anziehen von Baumwollstrümpfen, die in Wasser von 15° C. getaucht, worüber noch ein paar trockene Wollstrümpfe kommen, Priessnitzsche Leibumschläge, kalte Umschläge auf die Stirn, Vollbäder von 34° C. von viertel- bis halbstündiger Dauer, Galvanisation durch den Kopf, von inneren Mitteln ein Brausepulver, kalten Baldrianthee, ein Gramm Laktophenin oder ein halbes Gramm Kyrofin. Sachgemäß ausgeübt, kann hier auch die Hypnose dauernde Erfolge erzielen. Die eigentlichen Schlafmittel, Trional, Sulfonal, Dormiol, können in frischen Fällen, indem sie den Kranken der erschöpfenden Wirkung des schlechten Schlafes entziehen, direkt die Heilung herbeiführen, in chronischen Fällen darf man sie nur dann anwenden, wenn eine gründliche Kur die Aussicht bietet, daß ihr Gebrauch nur vorübergehend nöthig sein wird.

Ueber Simulation von Nervensymptomen. Von Dr. Erben. (Wiener med. Presse 1901, 25.) Eine Simulation von Lähmung des Deltoides kann folgendermassen erkannt werden. Behauptet ein Mann, seinen Arm nicht heben zu können, so erhebt man denselben passiv und fordert ihn auf, denselben behutsam zu senken, damit er sich nicht schade. Gelingt das, so ist er ein Simulant, denn das Senken des Arms wird ebenfalls von den Hebern desselben besorgt. Bei Paresen spricht das Auftreten von Zittern bei forcirter Bewegung dafür, daß der Betreffende seine äusserste Kraft angewendet hat. Die Klage über Schwäche in den Armen und Beinen kann durch eine Methode geprüft werden. Bei seinen Bewegungen treten die Antagonisten mit in Aktion, schaffen für die sich kontrahirenden Agonisten Widerstände (Bremsen), damit die Bewegung ruhig und präzis erfolge; aber bei brüsken Bewegungen fallen die Antagonisten weg, um den Agonisten zu vollem Effekte zu verhelfen. Sind also bei der Aufforderung, ein Glied kräftig zu beugen (Gegendruck), Antagonisten und Agonisten abgespannt, so liegt Simulation vor. Zeigt jemand vorminderten Händedruck, so kommt man ihm durch folgende Taktik nach. Man läßt ihn bei stark gebeugtem und dann überstrecktem Handgelenk drücken; erweist sich zuletzt der Händedruck nicht stärker als bei gebeugtem Handgelenk, so is der Betreffende ein Simulant, weil der normale Mensch weniger Kraft bei maximal gebeugtem Handgelenk als bei gestrecktem hat. Der Grund liegt in den zu kurzen Fingerstreckersehnen; die Fingerstrecker reichen nicht aus für gleichzeitige Hand- und

Fingerbeugung. Zur Prüfung des Zitterns beobachtet man genau die Größe der Oscillationen, die Schnelligkeit des Rhythmus. die Gelenke, die an der Zitterbewegung betheiligt sind etc. Zittern die Finger, so fixiren wir die Finger bis auf einen, der frei bleibt — sei es der Mittelfinger oder der kleine Finger — und konstatiren, ob dieselbe Zitterform auch an dem nun isolirten Finger sich offenbart und ob er überhaupt zittert. Weiter sucht man den Kranken durch längere Beobachtung zu ermüden; ändert sich der Typus des Zitterns, werden die Athembewegungen unregelmäßig und tief, ändert sich die Pulszahl, so sind das Zeichen von Anstrengung. Schmerzen werden am häufigsten simulirt. Zur Prüfung derselben drückt man auf die angeblich schmerzende Stelle und achtet darauf, ob der Untersuchte erbleicht, ob sich seine Pupillen erweitern oder ob sein Puls während des Drückens beschleunigt wird. Fallen diese Proben negativ aus, so ist man doch nicht berechtigt, Schmerz auszuschließen. Gibt jemand an, an einer umschriebenen Stelle auf Druck Schmerzen zu haben, so setzt man zwei Finger derselben Hand so auf, daß der eine Finger innerhalb der Schmerzzone und der zweite außerhalb derselben aufruht. Die Finger müssen so nahe aneinanderstehen, daß sie der Untersuchte nicht auseinanderhalten kann. Dadurch, daß man bald mit dem einen bald mit dem andern drückt, kann man eine Prüfung des Druckschmerzes vornehmen. Bei lebhaften Schmerzen an den Gliedern besteht andauernde Muskelspannung, wodurch der Körpertheil ruhig gestellt wird. (Torticollum, neuralgische Skoliose etc.) Reellem Kreuzschmerz entspricht, wenn sich der Kranke bei steifer Lende mit ausgeglichener Lendenlordose unter vikariirender Hüftbeugung bückt. Bei Vortäuschung des Romberg'schen Symptoms beobachtet man sehr oft eine grobe Uebertreibung oder man merkt die Vorsicht im Fallen. Reicht man einem Atakischen die Hand, die er nur zu berühren braucht, und läßt ihn die Augen schließen, so droht er niemals zu fallen, er ist genügend orientirt, um sich aufrecht zu halten; der Simulant wird es auch bei dieser Versuchsanordnung in grober Weise in Scene setzen. Ueber Schwindel wird häufig geklagt. Zur experimentellen Erzeugung des Schwindels läßt man den Untersuchten sich tief bücken resp. nacheinander Wendungen machen und mit dem Kopfe energische Beuge- oder Drehbewegungen ausführen. Tritt Taumeln, Schwanken oder gar Nystagmus auf, so sind das objektive Zeichen für Schwindel.

Eine neue Behandlungsmethode des Carcinoms. Von Prof. Loeffler. (Hygienisches Institut der Universität Greifswald.) Die Malaria hat bisweilen

einen günstigen Einfluß auf gewisse Krankheiten. Hippokrates hat den Auspruch gethan: Die von Quartanfieber Befallenen werden von der großen Krankheit (d. i. der Epilepsie) nicht heimgesucht, wenn sie jedoch zuvor davon heimgesucht waren, dann aber Quartanfieber hinzukommt, so werden sie davon befreit. Trnka hat im XVIII. Jahrhundert die Beobachtung gemacht, daß ein Brustkrebs durch das Hinzutreten einer doppelten Tertiana innerhalb einiger Wochen geheilt wurde. Die Mittheilung Trnka's eröffnet die Aussicht auf eine neue erfolgreiche Behandlungsmethode dieser Geschwülste. Dank den außerordentlichen Fortschritten, welche wir in der Erkenntniß der Malaria neuerdings gemacht haben, sind wir in der Lage, die Malaria als therapeutisches Agens verwenden zu können. Wie Gerhardt zuerst und nach ihm zahlreiche, namentlich italienische Forscher nachgewiesen haben, gelingt es, die Malaria durch Einspritzen von Blut malariakranker Menschen unter die Haut oder in die Blutbahn bei gesunden Individuen künstlich hervorzurufen. Durch die neuesten Forschungen ist auch erwiesen, daß man die Malaria durch Stiche von Mosquitos, welche an Malariakranken parasitenhaltiges Blut gesogen und in ihrem Körper Sporozoiten der Malariaparasiten erzeugt haben, nach Belieben künstlich bei Gesunden hervorrufen kann. Dank besonders den Forschungen Robert Koch's sind wir nun ferner im Stande, bei sorgsamer mikroskopischer Untersuchung des Blutes die Malarie mit Hilfe des zur richtigen Zeit dargereichten Chinins mit Sicherheit zu beherrschen. Wir können eine zu therapeutischen Zwecken hervorgerufene Malariaerkrankung jeder Zeit coupiren, sobald sich irgend wie bedrohliche Erscheinungen einstellen sollten. Man kann daher nach L.'s Dafürhalten jetzt ohne Bedenken den Versuch wagen, Krebskranke durch Einimpfung der Malaria von ihrem Leiden zu befreien.

(Deutsche med. Wochenschr.)

III. Chirurgie, Augen-, Oren- und Zahnheilkunde.

Ueber die Entstehung von Tumoren, Tuberculose und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt. Von Dr. Jordan (Heidelberg). Die Frage des Causalitätsverhältnisses von Traumen und Geschwulstbildungen ist wissenschaftlich nicht zu beantworten, so lange die Entstehungsursache der Geschwülste unbekannt ist. Die gangbaren Hypothesen über die Geschwulstgenese lassen den Einfluß einer stumpfen Gewalteinwirkung in geringerem oder größerem Umfang verständlich erscheinen. Zur Beurtheilung der Verhältnisse

sind wir ausschließlich angewiesen auf klinisches Material. Die neuesten, durch den Aufruf v. Büngner's veranlaßten Statistiken ergeben, daß nur eine in einem geringeren Procentsatz (2—3%) der Fälle traumatische Einwirkung für die Entstehung der Geschwülste im Allgemeinen beschuldigt wird.

Bei den Carcinomen scheint das Trauma eine sehr geringe Rolle zu spielen, während ihm bei der Entstehung der Sarcome zweifellos eine größere Bedeutung zukommt. Der Procentsatz der traumatischen Sarcome ist etwa um das Dreifache größer als der der Carcinome. Unter den gutartigen Tumoren stellen die Knochengeschwülste (Exostosen, Enchondrome) das Hauptcontingent zu den traumatischen Fällen. Volle Beweiskraft kann den klinischen Beobachtungen nicht zuerkannt werden, da in den meisten Fällen die Angabe über die vorausgegangene Verletzung von den Patienten stammen, keine Sicherheit bezüglich der Uebereinstimmung der Stelle der Gewalteinwirkung mit dem Sitz des Tumors besteht, die Entwickelungszeit der Geschwülste unbekannt ist und endlich der Nachweis, daß an der Contusionsstelle nicht bereits vorher eine Geschwulst in kleinem Umfang bestand, nicht erbracht werden kann. Die Frage, ob ein Causalzusammenhang zwischen Tumor und Trauma besteht, läßt sich auf Grund des bis jetzt vorliegenden Materials nicht beantworten. Für die Praxis ergibt sich daraus die Consequenz, bei der Beurtheilung von Einzelfällen außerordentlich kritisch vorzugehen und die Möglichkeit eines Zusammenhangs nur dann zu bejahen, wenn die Contusion einwandsfrei nachgewiesen ist und der Sitz der Geschwulst genau dem Contusionsherde entspricht.

In der Aetiologie der chirurgischen Tuberculosen spielt das Trauma nach alter ärztlicher Erfahrung, die durch statistisches Material gestützt ist, zweifellos eine gewisse Rolle. Die Frage aber, ob die Contusion an einem bis dahin gesunden Organ das Auftreten der Tuberculose bei bestehender allgemeiner Disposition direct verursachen könne, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten, denn im Gegensatz zu den Resultaten Schüller's und Krause's stehen die Ergebnisse der neuesten Thierexperimente von Lannelongue und Achard, Friedrich, Honsell, nach denen das Trauma keinen Locus minoris resistentiae schafft. Nach den letztgenannten Forschern bewirkt die Verletzung nur das Manifestwerden eines bis dahin latenten tuberculösen Herdes. Für die Begutachtung ist übrigens diese Streitfrage von keiner erheblichen Bedeutung, da die Berufsgenossenschaften auch dann haftpflichtig sind, wenn der Unfall nur eine der mitwirkenden Ursachen der Erkrankung darstellt. Unbestritten ist der Einfluß des Trau-

mas auf die Entstehung der acuten Osteomyelitis. Sowohl durch Thierexperimente, als durch klinische Beobachtungen ist sichergestellt, daß eine Knochenquetschung die Localisation im Blute kreisender pyogener Kokken begünstigt und das Trauma somit eine wichtige Gelegenheitsursache für die Entstehung eitriger Osteomyelitis bildet. Bedingung für die Annahme eines Zusammenhanges von Unfall und Erkrankung ist indessen die Entstehung der letzteren im unmittelbaren Anschluß an den Unfall.

Bei der Appendicitis ist der Einfluß eines Traumas plausibel, wenn der Wurmfortsatz Kothsteine enthält oder chronisch entzündliche Veränderungen aufweist. Hat die Erkrankung in directem Anschluß an einen Stoß eingesetzt, der die Cöcalgegend betroffen hat, so ist ein ursächlicher Zusammenhang anzunehmen und die Berufsgenossenschaft als entschädigungspflichtig zu erklären.

(Aus den Verhandlg. d. Naturforscher-Versammlung in Hamburg.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Die Entwicklung und Perforation des nachfolgenden Kopfes. Von Prof. Dr. W. Nagel (Berlin). (Berliner klin. Wochenschrift, 1901, No. 29.) Die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes bei verengtem Becken höheren Grades gehört zu den schwierigen geburtshilflichen Aufgaben. Der unten berichtete, kürzlich von N. beobachtete Fall liefert einen nicht unwichtigen Beitrag zu diesem Capitel; N. benutzt denselben, um auf die Technik der Ent-Entwicklung des nachfolgenden Kopfes einzugehen. Es handelte sich um eine 32jährige Ipara. Die Kreißende war von kleinem Körperbau mit deutlichen Zeichen überstandener Rachitis. Die Conjugata vera betrug höchstens 6 cm. Es handelte sich also um eine Verengerung im geraden Durchmesser des Becken-Einganges, die als absolute zum Kaiserschnitt angesehen werden kann, weil es als äußerst schwierig gilt, selbst das perforirte oder zerstückelte Kind durch ein so hochgradig verengtes Becken hindurchzuziehen.

Das Kind lag in I. Schädellage mit nach links abgewichenem Kopfe; der Muttermund war bis auf einen querfingerbreiten Saum verstrichen, in demselben lag der linke Arm, daneben eine größere Schlinge vorgefallener Nabelschnur, die bei N.'s Ankunft nicht mehr pulsirte; der Kopf war noch gar nicht in das Becken getreten. Die Wehen waren kräftig; Ausziehungserscheinungen am Uterus waren mit Sicherheit nicht nachzuweisen; die Temp. war 37,1, der Puls 100.

Wäre das Kind am Leben und ungefährdet gewesen, so würde N. den Kaiserschnitt unbedingt ausgeführt haben. Da es sich aber um ein bereits abgestorbenes Kind handelte, war die Aufgabe die, die Mutter vor dem Kaiserschnitt zu bewahren, und so entschloß er sich zur Entbindung per vias naturales.

Da N. die Perforation und Extraction des nachfolgenden Kopfes unter solchen schwierigen Verhältnissen, wie die vorliegenden, für leichter hält als die des vorangehenden, so versuchte er in erster Linie, das Kind auf die Füße zu wenden. In der Narcose bei Rückenlage der Frau gelang es ihm, mit der rechten flachliegenden Hand an dem weit vorspringenden Promontorium vorbei durch den Beckeneingang zu kommen, einen Fuß zu fassen, der nicht weit über dem Beckeneingang lag, und ihn in das Becken zu ziehen; es war der linke. Ausziehungserscheinungen waren, wie oben angeführt, nicht mit Sicherheit nachweisbar; da man aber in der Narcose den Kopf auffallend deutlich durch das untere Uterussegment hindurch fühlte, so vollzog N. die Wendung lediglich durch Anziehen des Fußes, ohne von außen durch Hochschieben des Kopfes nachzuhelfen. Wäre die Wendung nicht in dieser Weise gelungen, so würde er den anderen Fuß heruntergeholt haben.

Bei dem Eintreten des Steißes in den Beckeneingang drehte sich der kindliche Rumpf um seine Längsachse mit dem Rücken hinten herum nach links, so daß das ausgestrekte Bein nach vorn kam. Das Kind lag also jetzt in I. unvollkommener Fußlage und in dieser Lage extrahirte er es, bis die Schultern im Beckeneingange standen. Die Lösung des hinteren Armes war schwierig und nur möglich unter Einführung der ganzen Hand in die Scheide. Den anderen Arm konnte er sich nur dadurch zugänglich machen, daß er das Kind über den Rücken drehte.

Zur Lösung desselben war ebenfalls die Einführung der ganzen Hand erforderlich. Der Kopf trat gar nicht in das Becken ein; das Kinn stand rechts vorn über dem Beckeneingange, das Hinterhaupt links hinten. N. ließ nun sofort das Kind an den beiden Füßen und mit nach vorn gerichtetem Bauch stark nach vorn gegen den Bauch der Mutter heben. Dadurch trat das Hinterhaupt soweit auf den Beckeneingang, daß man es unter Leitung der unterhalb des hochgehobenen Rumpfes in die Scheide eingeführten linken Hand unter nicht allzu großer Schwierigkeit perforiren konnte. N. perforirte mit dem Nägele'schen scheerenförmigen Perforatorium, weil zufällig das zu der mitgebrachten Instrumententasche gehörige röhrenförmige Perforatorium bei dem

Instrumentenmacher sich befand; sonst verdient, letzteres bei so hochstehendem Kopfe und wenn der Schädel zugänglich ist, den Vorzug, da Verletzungen der Mutter mit dem röhrenförmigen Perforatorium bei einiger Vorsicht so gut wie ausgeschlossen sind. Während der nunmehr folgenden Anlegung des Braun'schen Cranioklastes ließ er das Kind, wie bisher, stark gegen den Bauch der Mutter heben; nach einmaliger Umlegung faßte der Cranioklast gut über die rechte Wange und der Kopf folgte auf starken Zug, wobei der Rumpf andauernd in obiger Haltung gegen den Bauch gezogen wurde. Die Operation hatte bis zur Geburt des Kindes etwa $1^1/_2$ Stunden gedauert. Das Kind männlichen Geschlechts war ausgetragen und gut entwickelt.

In diesem Falle hat sich das Heben des kindlichen Rumpfes gegen den Bauch der Mutter sehr gut bewährt. Mit der üblichen, seit Smellie empfohlenen Technik, bestehend in einem Zug abwärts und Perforation desjenigen Theiles des Kopfes (Seitenfontanellen, Foramen magnum), welchen man hinter der Symphyse erreicht, würde N. gar nicht zum Ziele gekommen sein, denn hinter der Symphyse kam man nicht höher, als bis zum Hals. Das Kinn ließ sich gar nicht erreichen, sonst würde man allenfalls den Mund haben öffnen und durch den harten Gaumen die Schädelbasis angebohrt haben können. Durch das Heben des kindlichen Rumpfes gegen den Bauch der Mutter wurde aber sofort ein Theil des Kopfes zugänglich, an welchem die Perforation verhältnißmäßig schnell und unter Schaffung einer guten Abflußöffnung geschehen konnte, nämlich das Hinterhaupt.

Wäre in diesem Falle das Gesicht statt nach vorn nach hinten rechts oder hinten links gerichtet gewesen, so würde das Heben des kindlichen Rumpfes — aber jetzt mit dem Rücken — gegen den Bauch der Mutter sich zweifellos ebenfalls bewährt haben, denn dadurch würde die Perforation durch den harten Gaumen möglich geworden sein, während man bei starkem Zug abwärts, des sehr engen Beckeneinganges wegen, vorn kaum den Schädel würde haben erreichen können.

Der oben beschriebene Handgriff ist indessen nicht allein bei der Perforation, sondern überhaupt bei schwieriger Entwicklung des nachfolgenden Kopfes von großem Werthe, ganz besonders, wenn der Bauch des Kindes während der Extraction nach vorn gerathen ist und somit das Gesicht beim Eintritt des Kopfes in das Becken nach vorn sieht.

Ueber das **Puerperalfieber** hat Prof. A. Hegar-Freiburg i. Br. (Münch. med. Wochenschr. 38/1901) eine

übersichtliche Arbeit erscheinen lassen. Die Theorie von Semmelweis ist bekanntlich erst nach dessen Tode als richtig anerkannt worden und hat sich bis auf die Gegenwart erhalten, mit dem Unterschiede, daß nach den gegenwärtigen Anschauungen an die Stelle der zersetzten organischen Stoffe, welche Semmelweis als Infektionserreger betrachtete, Toxine treten, welche sich bilden, sobald gewisse Mikroorganismen Bestandtheile des Körpers als Nährboden benutzten, wobei den Mikrorganismen auch eine gewisse mechanische Wirkung zukommt. Die Wohnstätten der das Puerperalfieber erzeugenden Mikroorganismen sind sehr zahlreich: eiternde und jauchende Wunden, Geschwüre, eitrige Katarrhe, Lochien, Peritonealexsudat, die die Bindegewebsspalten erfüllende trübe Flüssigkeit bei erysipelatösen und phlegmonösen Prozessen, verjauchende Myome, Auswurf von Phthisikern, Furunkeln, Onychien, Panaritien. Diese verschiedene Herkunft der Mikroorganismen geht häufig noch einher mit verschiedener Virulenz, und dieselbe Art des Pilzes entwickelt, je nach ihrer Wohnstätte, also je nach ihrem Nährboden, sehr verschiedene Grade der giftigen Eigenschaften. Man hat Streptokokken von solcher Virulenz gezüchtet, daß millionste Theile eines Kubikcentimeters der Nährflüssigkeit ein Kaninchen in kurzer Zeit zu tödten vermochten. Die Uebertragung der giftigen Keime auf die Geschlechtsorgane des in einer Fortpflanzungsphase befindlichen Weibes kann nun durch leblose Gegenstände bewerkstelligt werden, wie durch Instrumente, Utensilien mannigfacher Art, Verbandstücke, Kleider, Wäsche, besonders Unterlagen. Ferner kann die Einführung der pathogenen Mikroorganismen in die Sexualorgane durch die Puerpera selbst geschehen, besonders dann, wenn sie selbst eine Bezugsquelle, wie z. B. ein eiterndes Geschwür, einen Furunkel an sich trägt. Auch bei deren intaktem Gesundheitszustand beherbergen zuweilen gewisse Körpertheile, wie besonders die äusseren Genitalien, die Umgebung des Afters, pathogene Bakterien. Mittels der Hände der Puerpera oder durch Verschiebungen der Bekleidung können die Keime in die Vagina gelangen. Auch eine hämatogene Uebertragung wird angenommen; von einem Krankheitsherd, wie etwa von einer Angina, einer Pneumonie aus, können Pilze in das Blut und mit diesem zu den Sexualorganen gelangen.

Alle diese Wege des Transports treten an Bedeutung sehr zurück gegenüber den durch die Hände des Arztes und der Hebamme bewirkten Einschleppungen. Diese Personen kommen mit den verschiedensten Heimstätten der gefährlichsten Mikroben in Berührung. Auch können sie selbst

eine Bezugsquelle des Giftes an sich tragen. Mit der Einführung der Mikroorganismen in die Geburtswege ist nicht nothwendig die Entstehung eines Puerperalfiebers verbunden. Jene müssen, um sich vermehren zu können, einen Nährboden haben, und um ihre invasiven Eigenschaften zur Geltung zu bringen, eine Eingangspforte finden. Beides ist bis zu einem gewissen Grade bei jeder Puerpera gegeben. Ist einmal eine bald mehr oberflächliche, bald tiefer gehende Invasion in die Gewebe erfolgt, so sieht man mannigfaltige anatomische Veränderungen, wie die sogenannten Puerperalgeschwüre im Scheideneingang und an den äusseren Genitalien, an welche sich erysipelatöse oder phlegmonöse, nach den Nates und unteren Extremitäten sich verbreitende Prozesse anschließen können. Von der Eingangspforte des Giftes in der Cervix verbreitet sich besonders häufig ein phlegmonöser Prozess in das parametrane Gewebe. Dieser kann ganz cirkumskript bleiben, so daß man dann umschriebene Exsudatknoten seitlich vom Uterus vorfindet. In anderen Fällen werden ausgebreitete Abschnitte des Beckenzellgewebes durchsetzt. Der Uterushals ist wie eingemauert, die Scheidengewölbe herabgedrückt, der Mastdarm in der Gegend des Sphincter tertius zu beiden Seiten wie von einer umfänglichen harten Zwinge umgeben. Auch kann die Infiltration des Lig. infundibulo-pelvicum in das große Becken auf die Darmbeinschaufel hinaufsteigen und bei noch diffuserem Charakter des Vorganges noch höher längs des retroperitonealen Raumes und längs der großen Gefässe durch das Zwerchfell in das Mediastinum vordringen und Pleuritis, sowie Pericarditis erzeugen. An diesem Prozesse im Bindegewebe nimmt das Bauchfell sehr bald Antheil, so daß eine bald mehr auf das Becken beschränkte, bald eine diffuse Peritonitis entsteht.

Von dem Bauchfell aus werden die Uterinanhänge ergriffen und die Salpingitis ist fast stets eine sekundäre, nicht eine der Peritonitis vorausgehende primäre Affektion. Die Vorgänge im Bauchfell können stark hervortreten, während die Veränderungen im Bindegewebe nicht bedeutend sind, selbst rückgängig werden. Ist der Prozess im Beckenperitoneum lokalisirt und sind besonders die Uterinanhänge mit Umgebung betheiligt, so hat man es mit zirkumskripten Knoten zu thun, welche fälschlicherweise häufig als parametritische Exsudate angesehen werden. Diese Prozesse, auf einer gewissen Stufe angelangt, können cirkumskript bleiben. Das geschieht wohl dadurch, daß die Lymphgefässe und Spalträume im Bindegewebe sich mit Exsudatmasse verstopfen und so ein Weiterkriechen gehemmt wird. Die entzündeten Uterinanhänge umgeben sich mit abkapselnden

Exsudaten. Fühlt man bei schwerem septischen Fieber einen harten Knoten, so bessert sich die Prognose. Findet eine Invasion der giftigen Keime von dem Cavum corporis uteri aus statt, so kommt es zu Endometritis. Selten oder nie wird die Entzündung per continuitatem längs der Schleimhaut der Tube bis auf das Peritoneum übergeleitet. Dagegen kann die Wand des Uterus durchsetzt und so das Bauchfell ergriffen werden. Doch sind bedeutende Veränderungen in der sogen. Muscularis uteri nur in sehr schweren Fällen zu beobachten. Das Vordringen in die tieferen Schichten ist häufig durch einen Grenzwall von Rundzellen gehindert, welche das gesunde Gewebe von der erkrankten Schleimhaut und deren nächster Umgebung absperren. Schließlich sind noch pathologische Prozesse in den Gefässen des Uterus zu sehen. Diese sind in größerer Ausdehnung thrombosirt wie gewöhnlich, und die Thromben setzen sich in die Gefässe des Beckens fort. Die Pfröpfe verjauchen, worauf sich dann Stücke losreissen, in den Blutkreislauf gelangen und so zu den sogenannten Infarkten und embolischen Herden Anlaß geben.

Die aufgezählten anatomischen Veränderungen sind meist von dem sogenannten septischen Fieber begleitet, ausgezeichnet durch gewöhnlich sehr hohe Temperatur, meist sehr frequenten, leicht zu unterdrückenden Puls, rasche Respiration, leichtbläuliche Gesichtsfarbe, trockene Zunge und starkes Ergriffensein des Nervensystems. Die Kranken sind aufgeregt, schlaflos, deliriren oder sind wenigstens nicht ganz bei sich. Zuweilen sind sie dagegen bei Bewußtsein bis an das Ende, tief deprimirt, voll Todesahnung. Die Therapie einer mit progredienten Prozessen im Bindegewebe oder mit verjauchenden Thrombosen verbundenen Sepsis ist ziemlich trostlos, obgleich, besonders bei letzterer Krankheitsform, noch ganz merkwürdige Heilungen beobachtet werden. Ein zuverlässiges Antistreptokokkenserum ist noch nicht gefunden, und Chinin, Alkohol u. A. erweisen sich nur zu häufig ohne Erfolg. Günstiger sind die Chancen bei den cirkumskripten Phlegmonen und Peritonitiden. Ein Heilverfahren zur Abschneidung der Sepsis fehlt, sobald die giftigen Keime in die tieferen Gewebsabschnitte von der Oberfläche aus eingedrungen sind oder von Anfang an in sie eingebracht worden waren, wie bei der Impfinfektion. Dagegen verfügt man über ein Verfahren, welches in den Stand setzt, den Abfluß der im Uterus angesammelten Exkrete zu begünstigen, diese und etwa vorhandene Toxine wegzuspülen, ebenso ihre Erreger oder diese selbst zu vernichten oder abzuschwächen. Zuweilen wird es sogar gelingen, eine noch nicht tief gehende Invasion in die Gewebe

in ihrem Fortschreiten aufzuhalten. Hierzu dient die Drainage und Ausspülung des Sexualschlauchs. H. gebraucht dazu gläserne Kanülen von verschiedener Form, bald mehr, bald weniger gebogen. Oft sind sehr stark gekrümmte Röhren vortheilhaft, die sich nicht selten ganz von selbst im Uterus festhalten. Diese Kanülen haben auf der Rückseite eine Rinne für den Ablauf. Die weiche, nachgiebige Wand der Cervix in den ersten Tagen des Wochenbetts bereitet dem Abfluß neben der Kanüle selten Hindernisse. Die Einführung in den Uterus muß sehr vorsichtig geschehen. Der Steiss der Wöchnerin muß genügend erhöht liegen. Dann legt man ein oder zwei eingeführte Finger der einen Hand an die hintere Lippe an. Die oft zerrissenen, sehr weichen, lappenartigen Gebilde, als welche sich die Muttermundslippen präsentiren, lassen Täuschungen zu. Man verfehlt die Oeffnung, geräth in das Scheidengewölbe, drückt dieses selbst durch, zuweilen stößt man auch an der Wand der Cervix auf ein Hinderniß. Gewalt darf nie gebraucht werden. Stösst die in den Uterus eingedrungene Olive gegen den Fundus, so zieht man sie etwas zurück, da ein festes Anliegen gegen die Wand nicht gut ist. Ist die Kanüle eingeführt, so klemmt man das Gummirohr in ihrer Nähe durch eine Pince zu, füllt dann Trichter und Schlauch mit der Flüssigkeit und drückt dann, von unten nach oben vorgehend, die Luft aus dem Schlauch heraus. Man wendet nur einen ganz mäßigen Druck an, damit ein Eindringen von Luft keinen Schaden bringen kann. Glaubt man die Luft entfernt zu haben, so nimmt man die Pince weg und läßt, den Trichter nachfüllend, die Spülflüssigkeit einlaufen, je nach Bedürfniss 1—2 Liter. Dann klemmt man in der Nähe der Kanüle und in der Nähe des Trichters ab, ehe alles aus dem Trichter ausgelaufen ist, damit die Flüssigkeit im Schlauch bleibt und man bei Wiederholung der Prozedur nicht wieder die Luft zu entfernen braucht. Die Kanüle kann oft durch Zusammenknüpfen von Schamhaaren über ihr genügend befestigt werden. Sonst geschieht dies durch zwei Bänder, welche von einer leichten Bauchbinde zu ihr hinziehen. Auch der Schlauch mit Trichter kann auf dieser Binde befestigt werden.

H. läßt die Drainage gewöhnlich zweimal 24 Stunden im Gang halten, wobei die Spülung alle 1—2 Stunden wiederholt wird. Hat man bis dahin keinen Erfolg erzielt, so ist dieser auch bei weiterer Fortsetzung dieser Behandlung nicht zu erwarten. Nur zuweilen wird nach 12 Stunden das Rohr noch einmal auf 12 24 Stunden eingelegt, wenn die Absonderung reichlich und übelriechend ist. Sehr

wichtig ist die Wahl der Spülflüssigkeit. H. verwendet stets das Chlorwasser. Zusatz von $^1/_8$ bis $^1/_4$ Liter lauwarmen Wassers genügen. Zu konzentrirt darf es nicht sein, da es sonst einen dünnen Schorf bildet, welcher eine Einwirkung auf die tiefer gelegenen Schichten hindert

Zur Behandlung der Kinderconvulsionen. Von Dr. F. Schuster. Sch. hatte Gelegenheit, bei zwei Kindern den Ausbruch von Convulsionen zu beobachten, deren Mütter wegen Syphilis eine mercurielle Behandlung durchgemacht haben. Das eine Kind starb nach $2^1/_2$monatlicher Behandlung. Das andere Kind hatte mit sechs Wochen die erste Attaque von allgemeinen, klonisch-tonischen Zuckungen, die auf keine der versuchten Indicationen schwand. Bestehende Pupillenstarre, einseitiger Strabismus convergens, Wechsel von Exacerbationen und Remissionen legten den Verdacht auf heredosyphilitische Meningitis nahe (Tuberculose bestand nicht). Subcutane Injectionen von 10% igem Jodipin (1—2 g täglich oder jeden zweiten Tag) brachten Besserung. Nach nöthig gewordenem Aussetzen des Mittels (wegen Obstipation und neuerlicher Convulsionen) allmälige Heilung.

Sch. meint: Die Eclampsia neonatorum betrifft nicht gerade selten Kinder, welche von latent-syphilitischen Eltern stammen. Die subcutane Einverleibung von 10% Jodipin (10—15 Injectionen zu 1 g) ist eine beachtenswerthe Bereicherung bei der specifischen Behandlung der Eclampsie der Neugeborenen.

(Wiener med. Presse No. 44, 1901.)

Verschiedenes.

Ein Plattfuss-Symptom. Die Schmerzerscheinungen an der äussern Seite der Oberschenkel, die dem Verlauf des Nerv. cutan. femoris ext. entsprechen, beruhen jedesmal auf mechanischen Schädigungen, denen der seiner Lage nach disponirte Nerv ausgesetzt ist. Daß dieselben unter Umständen ein Frühsymptom des Plattfusses darstellen können, konnte Pal an mehreren Fällen konstatiren. Besonders treten dieselben bei gracil gebauten Personen auf, die in kurzer Zeit in späterem Alter bedeutend an Körpergewicht zunehmen und viel stehen und gehen. Bei diesen bildet sich dann allmählich ein mehr oder minder typischer Plattfuß unter Beschwerden aus, die den Vorgängen bei jugendlichen Personen nicht ganz entsprechen. Die Schmerzen im Oberschenkel